

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



El proceso del Desgaste Profesional Médico:
Nuevas perspectivas y desarrollos

TESIS DOCTORAL

Autor: María del Carmen Yeo Ayala

Director: Bernardo Moreno Jiménez

Madrid, Junio 2017

Dedicado a:

Ma. Elena y Manuel, mis padres.

Gracias por tanto amor y por haber enseñado a mis hermanos y a mí

la grandeza de permanecer unidos.

Agradecimientos

A todas las personas que me animaron a comenzar esta aventura y que aún en la distancia, permanecieron a mi lado. Me siento afortunada por tenerlos en mi vida.

A quienes me recibieron en este país y con su amistad y cariño lograron que Madrid se convirtiera en un nuevo hogar. Ahora forman parte de mi vida y tengo la certeza de que este es solo el inicio.

A Bernardo, que confió en mí y me guió en este proceso de aprendizaje. No tengo como agradecer tu esfuerzo, amistad y paciencia.

Índice

Capítulo 1.Introducción Teórica	8
1.1. Síndrome de Desgaste Profesional (<i>Burnout</i>).....	13
1.1.1. Definición	13
1.1.2. Modelos Teóricos Clásicos.....	14
1.1.3. Modelos integradores	18
1.1.4. Síndrome de Desgaste Profesional desde la psicología positiva: <i>Engagement</i> .	20
1.1.5. Proceso Secuencial.....	21
1.2. Síndrome de Desgaste Profesional Medico (SDPM)	24
1.2.1. Modelo teórico.....	24
1.2.2. Prevalencia del SDPM.....	28
1.2.3. Variables sociodemográficas	29
1.3. Antecedentes del SDPM.....	32
1.3.1. Antecedentes Organizacionales y Administrativos	32
1.3.2. Antecedentes asociados a la Profesión Médica	37
1.3.2.1. Indefensión médica	40
1.4. Consecuentes del SDPM	42
1.4.1. Rendimiento y Errores Médicos.....	43
1.4.2. Deseos de Abandono de la profesión	49
1.4.3. Conflicto Trabajo Familia y satisfacción con la pareja.....	51
1.5. Moderadores del SDPM	55
1.5.1. Distanciamiento psicológico	55
1.5.2. Satisfacción Laboral.....	58
 Capítulo 2. Método	 60
2.1. Objetivos.....	63
2.1.1. Objetivo general	63
2.1.2. Objetivos específicos.....	63

2.2	. Hipótesis	65
2.2.1.	Hipótesis general	65
2.2.	Participantes y Procedimiento	67
2.3.	Instrumentos	71
2.3.1.	Dimensiones del SDPM	72
2.3.2.	Variables Antecedentes del SDPM	72
2.3.3.	Variables Consecuentes del SDPM.....	74
2.3.4.	Variables Moderadoras del SDPM.....	77
Capítulo 3. Resultados.....		77
Validación de Escalas		82
3.1.	Procedimiento general	82
3.2.	Escala de Errores Médicos	84
3.2.1.	Análisis factorial exploratorio.....	84
3.2.2.	Análisis factorial confirmatorio	85
3.3.	Escala de Rendimiento Médico	87
3.3.1.	Análisis factorial exploratorio.....	87
3.3.2.	Análisis factorial confirmatorio	88
3.4.	Escala de Indefensión Médica	90
3.4.1.	Análisis factorial exploratorio.....	90
3.4.2.	Análisis factorial confirmatorio.	91
Análisis Descriptivos y de Correlación		92
3.5.	Análisis Descriptivos	92
3.6.	Análisis de correlación	94
3.7.	Análisis multivariado (MANOVA).....	97
<i>El Desgaste Profesional del Médico: Análisis de los Procesos</i>		<i>103</i>
3.8.	Procedimiento general	104
3.9.	Modelo 1. Proceso Secuencial (SDPM)	105

3.10.	Modelo 2. Modelo General del SDPM	107
3.11.	Modelo 3: Estrés de Rol, Desgaste Profesional y Rendimiento Médico	116
3.11.1.	Moderación del Distanciamiento Psicológico	120
3.12.	Modelo 4. Indefensión Médica, Pérdida de Expectativas y Deseos de Abandono 123	
3.12.1.	Moderación de la satisfacción laboral	125
3.13.	Modelo 5. Agotamiento emocional y sus efectos sobre la familia y la pareja....	129
Capítulo 4. Discusión		134
4.1.	Validación de Escalas	137
4.2.	Síndrome de Desgaste Profesional Médico (SDPM).....	139
4.2.1.	Variable sociodemográficas y sociolaborales.....	140
4.3.	Modelo 1: Modelo Secuencial	143
4.4.	Modelo 2: Modelo general del SDPM.....	143
4.5.	Modelo 3: Estrés de rol, Desgaste Profesional y Rendimiento Médico	147
4.5.1.	Moderación del distanciamiento psicológico.	149
4.6.	Modelo 4: Indefensión Médica, Pérdida de Expectativas y Deseos de Abandono..	150
4.6.1.	Moderación de la satisfacción laboral	151
4.7.	Modelo 5: Agotamiento emocional y sus efectos sobre la familia y la pareja.	152
4.8.	Limitaciones Generales.....	155
4.9.	Conclusiones Generales	156
4.10.	Implicaciones Prácticas.....	158
Referencias		160
Anexos		185

Capítulo 1

Introducción Teórica

1.1. Síndrome de Desgaste Profesional (*Burnout*)

1.1.1. Definición

El concepto del Síndrome de Desgaste Profesional, también conocido como síndrome de *burnout* o síndrome de quemarse por el trabajo se definió primera vez en 1974, momento a partir del cual, diversos autores han trabajado en su estudio dando como resultado una importante descripción de sus causas, características y consecuencias (Schaufeli, Leiter, y Maslach, 2009), lo cual ha contribuido a su identificación, prevención e intervención.

Una de las definiciones del Síndrome de Desgaste Profesional que permanece vigente y ha servido de base para la mayoría de los modelos propuestos hasta ahora, ha sido la que se propuso en 1981 por Maslach y sus colaboradores. Estos autores lo definen, como un síndrome compuesto por tres factores o dimensiones : agotamiento emocional, despersonalización/cinismo y baja realización personal/profesional, que se desarrollan en individuos que trabajan en contacto directo con personas (Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001).

Estos tres factores han sido descritos en diversos modelos y evaluados con distintos instrumentos aunque, en términos generales el concepto permanece:

- Agotamiento emocional: hace referencia la pérdida progresiva de energía que produce fatiga crónica y escasos recursos emocionales que dificultan dar más de sí mismo.
- Despersonalización: se refiere a una forma de responder ante las demandas provenientes del trabajo, que se expresa en una actitud indiferente y negativa hacia los demás, especialmente los receptores de servicios, aunque también aparecen ante el trabajo (cinismo).

- Falta de realización personal (baja realización profesional): se refiere a una disminución del sentimiento de competencia, productividad y logro en la actividad que se realiza, con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

Con el paso de los años y gracias a la proliferación de trabajos de investigación acerca del síndrome, su descripción poco a poco ha ido incluyendo modelos que además de conceptualizarle, describen su etiología, proceso secuencial de desarrollo, consecuencias e incluso variables protectoras y conceptos antagónicos.

A continuación, se ofrece una breve descripción de los modelos teóricos que han ido abordando el estudio del síndrome a través del paso del tiempo.

1.1.2. Modelos Teóricos Clásicos

Perspectiva clínica.

La perspectiva clínica del síndrome se sitúa principalmente en los orígenes del concepto y tiene dos características importantes, una es que describe el síndrome como un estado y la otra es que pone especial énfasis en el individuo y por lo tanto en la descripción de su sintomatología. Por lo que desde esta perspectiva se reconocen principalmente dos aportaciones:

1) *Freudenberger y Richelson (1980)*, quienes define el síndrome como un estado de desajuste adaptativo, que aparece cuando el trabajador, en función de sus emociones, motivación y valores, percibe que su trabajo no le proporciona el sentido existencial que él busca, lo cual le lleva a desarrollar síntomas físicos, conductuales, afectivo-emocionales y cognitivos, como el agotamiento, la evitación, la suspicacia, el tedio, el cinismo, la irritabilidad, la negación de sentimientos, impaciencia, la desorientación, respuestas

psicosomáticas, depresión, etc.

2) *Pines y colaboradores*, que definen el síndrome como un estado que proviene de las demandas emocionales del trabajo y se caracteriza por síntomas que incluyen cansancio, fatiga crónica, síntomas psicosomáticos, impotencia, desesperación, sensación de estar atrapado, disminución del entusiasmo, irritabilidad y un sentimiento de baja autoestima, lo cual contribuye al desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo y la pérdida del sentido de la vida en general (Pines y Keinan, 2005).

Perspectiva psicosocial.

La perspectiva psicosocial a diferencia del abordaje clínico, además de considerar al individuo en la descripción del síndrome, incluye las relaciones personales y las características del entorno laboral. De acuerdo con Gil-Monte y Peiró (1999), los modelos psicosociales pueden ser clasificados en tres grupos:

- 1) Modelos fundamentados en la teoría sociocognitiva del yo, es decir en la autoeficacia, definida como la confianza que tiene el trabajador en sus capacidades para organizar y ejecutar las tareas que se requieran, con el objetivo de producir ciertos resultados (Bandura, 2001).
- 2) Modelos con base en las teorías del intercambio social, cuyo eje principal para la explicación del síndrome es la percepción de inequidad o falta de ganancia en comparación con otros.
- 3) Modelos elaborados desde la teoría organizacional, es decir que enfatizan el papel de los estresores laborales y la forma en la que los trabajadores los afrontan, considerando el síndrome como una respuesta al estrés laboral.

En la tabla 1, se describen brevemente las teorías incluidas en cada uno de estos tres grupos

Tabla 1.

Modelos teóricos psicosociales del síndrome de desgaste profesional

Teoría socio-cognitiva del yo	
Modelo de competencia social Harrison (1983)	El desarrollo del síndrome, dependerá de la existencia de elementos que faciliten o dificulten la percepción de autoeficacia.
Modelo de Cherniss (1993)	Menciona la interacción de las características del trabajo (estrés de rol) y las personales (autoeficacia), como factores determinantes para la aparición del síndrome.
Modelo de Pines (1993)	El síndrome surge en quienes le dan sentido existencial a su trabajo, con altas expectativas y objetivos asistenciales.
Teoría de Autocontrol Thompson, Page y Cooper (1993)	Se atribuye el desarrollo del síndrome a la capacidad del trabajador para autorregular su nivel de estrés, en función de la autoconfianza profesional, el compromiso y la motivación.
Teorías del intercambio social	
Teoría de la Equidad (Adams, 1963, 1965)	El síndrome se desarrolla en quienes, de acuerdo a su motivación, perciban inequidad e injusticia en comparación con otros.
Modelo de comparación social Buunk y Schaufeli (1993)	Destaca el papel de la incertidumbre, las expectativas previas de inequidad y la falta de control en los procesos de comparación social para el desarrollo del síndrome.
Teoría de la conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993)	Propone que el estrés laboral surge cuando los recursos individuales (valores y motivaciones personales) están en riesgo, se pierden, o se dificulta utilizarlos.

Teorías Organizacionales	
Goliembiewski, Munzenrider y Carter (1983)	Consideran como estresores básicos la sobrecarga laboral y el conflicto de rol, ante los cuales, si las estrategias de afrontamiento del individuo fallan, se desarrolla el síndrome.
Cox, Kuk y Leiter (1993),	Destaca que cuando no se percibe coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización, se desarrolla el síndrome.
Modelo de Winnubst (1993)	Menciona que el síndrome se determina por la cultura, el clima organizacional y el apoyo social.

Perspectiva sociocultural.

Finalmente, además de la perspectiva clínica y psicosocial, en las perspectivas consideradas como clásicas, se incluye la perspectiva sociocultural, que aborda aspectos asociados al entorno socioeconómico, al entorno sociodemográfico y al avance y acceso tecnológico (Gil-Monte, 2008) de cada lugar. Esta perspectiva enfatiza en la importancia de estudios que pongan de manifiesto las diferencias culturales del síndrome, etiológica y procesualmente, no obstante, los estudios que abordan las diferencias culturales incluyen solo las diferencias en la prevalencia del síndrome, sus antecedentes y consecuentes (Fischer y Boer, 2011; Suñer-Soler y cols., 2014), dejando de lado su interacción y proceso secuencial de desarrollo.

No obstante, en un estudio reciente (Kulakowa, 2016), realizó un estudio cuantitativo y cualitativo que llevo a la conclusión de que existen diferencias importantes en la vivencia del síndrome entre los contextos colectivistas e individualistas y propuso un modelo que desestima la inclusión de la despersonalización y la realización profesional en la evaluación del síndrome. Además, formuló un modelo secuencial que en el que se incluye la apatía

profesional (o desimplicación profesional) como un agravante de la desilusión profesional, agotamiento o cansancio (emocional, cognitivo y físico).

Hasta ahora se han descrito las tres perspectivas a través de las cuales se abordó el síndrome durante sus primeros años de estudio y aunque estas perspectivas aún continúan vigentes, actualmente las investigaciones del síndrome incluyen la integración de diversas perspectivas, conceptos y relaciones que han mejorado su comprensión y abordaje.

1.1.3. Modelos integradores

Los modelos integradores, como su nombre lo indica, utilizan la combinación de diversos modelos teóricos e incluyen nuevos conceptos y relaciones para explicar el síndrome. A continuación se describirán algunos de ellas:

- *Modelo de Shirom.* A finales de los ochentas, Shirom (1989) adopta la teoría de la conservación de los recursos de Hobfoll (1988,1989) y describe un proceso de interacción entre estresores (personales y familiares) y recursos (personales, familiares y laborales) que con base en la motivación, ayuda a que el sujeto adquiera, mantenga y fomente los recursos necesarios para satisfacer las demandas a las que se enfrenta, por lo que el síndrome aparece como resultado de los intentos que se realizan por recuperar los recursos perdidos (Wright y Hobfoll, 2004) en especial energéticos (físicos, cognitivos y emocionales).

- *Modelo de estrés esfuerzo-recompensa.* Este modelo menciona la importancia de la interacción social como una forma de contribuir o realizar actividades que fomenten la autoeficacia, la autoestima y la pertenencia al grupo, por lo que propone que el desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, así como la sobre implicación, resultará en el desarrollo del síndrome (Siegrist, 1996).

– *Modelo de las demandas y los recursos laborales.* En la misma línea que el modelo de Hobfoll, este modelo describe el trabajo como un espacio compuesto por demandas y recursos (físicos, psicológicos, sociales y organizacionales) que contribuyen tanto al proceso de deterioro de la salud, como al proceso motivacional. El modelo establece una interacción dinámica en la que el ambiente de trabajo puede ver modificado (Schaufeli y Bakker, 2004). Adicionalmente se mencionan estrategias de intervención.

– *Modelo de interacción entre individuo y organización.* Este modelo aborda elementos como la sobrecarga de trabajo, la percepción de equilibrio entre control y nivel de responsabilidad, el sentido de comunidad y la percepción de equidad, todos ellos elementos que se asocian a los valores individuales y organizacionales por lo que, cuando se percibe incongruencia entre ambos, aparece el síndrome (Michael, Leiter y Maslach, 2003).

– *Modelo integrador del síndrome de quemarse por el trabajo.* Este modelo da importancia a la evaluación cognitiva que, en base a sus características individuales (demográficas, biológicas, cognitivas y afectivas), realiza el trabajador de los estresores organizacionales (entorno social, sistema social interpersonal y sistema físico-tecnológico). El modelo menciona que en base a la evaluación que el individuo realiza éste emprende estrategias de afrontamiento (activas de evitación), que de no ser eficaces provocarán el desarrollo del síndrome, afectando en la salud y la familia del trabajador (Gil-Monte, 2003).

– *Modelo procesual transaccional.* Este modelo propone que en el estudio del síndrome se consideren las características específicas con las que se presenta en las diferentes profesiones, por lo que sugiere que el proceso de evaluación incluya factores antecedentes (sociales, organizaciones y de la tarea) y consecuentes (sociales y organizaciones) específicos, así como variables moderadoras (personalidad y afrontamiento) que interactúen entre los

antecedentes y el síndrome y entre el síndrome y los consecuentes, destacando con ello la importancia del papel activo del sujeto en el proceso (Gálvez Herrer, Moreno Jiménez, y Mingote Adán, 2010).

1.1.4. Síndrome de Desgaste Profesional desde la psicología positiva: *Engagement*.

Actualmente, como resultado de la inclusión de la psicología positiva en el estudio de diversos conceptos psicológicos, surge un concepto antagónico al *burnout* denominado *engagement* (compromiso). Este concepto surgió como un antagónico de las tres dimensiones del síndrome, por lo que se propuso que puede hablarse de *engagement* cuando no se experimenta el síndrome (Maslach y cols., 2001), no obstante Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Roma, y Bakker (2002) reportaron que la ausencia de uno, no necesariamente implica la presencia del otro, por lo que diseñaron un instrumento que permitiera evaluar el *engagement* de forma independiente al síndrome y que incluyera tres dimensiones antagónicas: el vigor (energía, resistencia y persistencia), la dedicación (participación, sentimientos de significación, orgullo e inspiración) y la absorción (estado positivo de absorción en el trabajo).

Los estudio en los que se incluye tanto el síndrome de desgaste profesional como el *engagement*, han partido de la premisa de que, los trabajadores comienzan su profesión con un alto nivel de compromiso pero con al transcurrir el tiempo, en base a los diversos modelos explicativos, van desarrollando el síndrome, no obstante, actualmente estos dos componentes se debaten en la literatura, ya que podrían describirse como dos formas de bienestar complementarias y no independientes (Maricutoiu, Sulea, y Iancu, 2017; Taris, Ybema, y Beek, 2017).

1.1.5. Proceso Secuencial

La conceptualización del síndrome incluye la descripción de tres dimensiones diferentes y tanto su coexistencia u orden de aparición, como la importancia de una sobre otra, han sido objeto de estudio de diversos autores. En cuando al orden secuencial de las dimensiones, aunque las propuestas son múltiples, según Gan y Gan (2014), las dos modelos que se muestran a continuación, son los que se han contrastado con mayor frecuencia:

1. Leiter y Maslach, (1988) proponen que el síndrome da inicio con el agotamiento emocional, el cual se asocia con la sobrecarga laboral, después surge la despersonalización como una estrategia de afrontamiento y finalmente como resultado de estas dos aparece la baja realización.

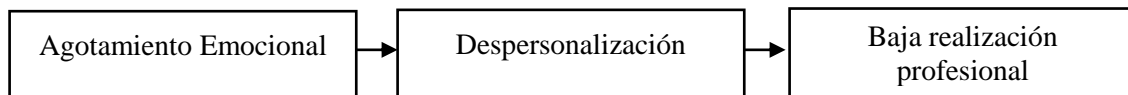


Figura 1. Secuencia del síndrome de burnout propuesta por Leiter y Maslach (1988)

2. Golembiewski, Munzenrider, y Stevenson (1986) plantean que, la primera dimensión que aparece en el síndrome es la despersonalización, la cual afecta la relación del trabajador con los destinatarios de su trabajo y lo lleva a pensar que no realiza su trabajo adecuadamente, produciéndole baja realización profesional que lo hará caer en un profundo agotamiento emocional.

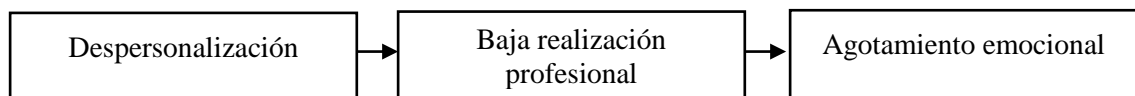


Figura 2 Secuencia del síndrome de burnout propuesta por Golembiewski (1988)

Tanto el modelo de Leiter y Maslach, (1988) como el de Golembiewski, Munzenrider, y Stevenson (1986), se han reportado en estudios recientes y el modelo más reproducido en los últimos 5 años continua siendo el de Agotamiento Emocional-Despersonalización-Baja Realización Profesional (Rod y Ashill, 2013; Shih, Jiang, Klein, y Wang, 2013; Van Droogenbroeck, Spruyt, y Vanroelen, 2014; Portoghese, Galletta, Coppola, Finco, y Campagna, 2014), mientras que existen menos publicaciones del modelo Despersonalización-Baja Realización Profesional-Agotamiento Emocional (Gan y Gan, 2014).

Por otra parte, también se ha encontrado evidencia empírica actual que apoya el modelo teórico de Cherniss (1980), el cual propone la pérdida de expectativas como una dimensión paralela pero no secuencial del agotamiento emocional y la despersonalización (De Vos y cols., 2016; Galletta y cols., 2016).

El estudio de los patrones de aparición del síndrome continúa siendo un tema poco explorado, de hecho Leiter y Maslach (2016) afirman que, actualmente más que la exploración del orden secuencial de las dimensiones, existe una tendencia a reducir el síndrome a un constructo unidimensional que solo considera el agotamiento emocional y aunque al parecer existe un consenso al respecto, los nuevos hallazgos, a través del análisis de los patrones que se desvían de la norma (enfoque centrado en la persona), indican que el agotamiento emocional es insuficiente para explicar el síndrome y que la despersonalización también juega un papel importante, ya que aunque ambas dimensiones se relacionan y una podría precipitar el desarrollo de la otra, los perfiles son diferentes para las dos dimensiones. Adicionalmente, los autores ofrecen evidencia de la alta frecuencia en la baja realización profesional sugieren estudiar más a fondo sus perfiles de desarrollo.

En conclusión, al parecer la tendencia del estudio secuencial del síndrome en futuros estudios, debe efectuarse a través de la inclusión de diversas trayectorias, que incluyan combinaciones de los tres niveles de afectación en las tres dimensiones no solo del síndrome, sino también del *engagement* (Ver Mäkikangas y Kinnunen, 2016).

Todos los modelos explicativos y secuenciales que se han descrito hasta ahora, han sido probados empíricamente en diferentes profesiones y aunque de forma inicial, el estudio del síndrome se asoció principalmente a profesiones asistenciales, actualmente su estudio se ha diversificado, y las investigaciones muestra profesiones tan variadas como profesores (Van Droogenbroeck y cols., 2014) policías (Smoktunowicz y cols., 2015) operadores telefónicos (Rod y Ashill, 2013) y personas de atención al cliente (Prentice, Chen, y King, 2013) por mencionar algunos. Sin embargo las profesiones asistenciales continúan siendo el foco de atención en el estudio del síndrome (Deligkaris, Panagopoulou, Montgomery, y Masoura, 2014; Salazar, 2015) particularmente enfermería y medicina (Juárez-García, Idrovo, Camacho-Ávila, y Placencia-Reyes, 2014; Michael Leiter y Maslach, 2016) y aunque todas estas profesiones compartan características con respecto al desarrollo del síndrome, existen estresores y consecuencias particulares, por lo que su descripción y estudio es importante.

1.2. Síndrome de Desgaste Profesional Médico (SDPM)

Este apartado, comenzará con la descripción del modelo teórico procesual y transaccional del Síndrome de Desgaste Profesional Médico para posteriormente ir describiendo progresivamente, la prevalencia del síndrome y las variables con las cuales se ha asociado (antecedentes, consecuentes y moderadoras). Cada uno de los apartados incluirá los resultados reportados en diferentes países del mundo, particularmente de Latinoamérica y México.

1.2.1. Modelo teórico

La elección de cualquier actividad profesional, lleva consigo el afrontamiento de situaciones determinadas tanto por su objeto de estudio, como por el contexto social en el que se vive. El objeto de estudio de la medicina se centra en ayudar a las personas a recuperar su salud, con todas las implicaciones que ello conlleve, por lo que el médico constantemente se enfrenta con la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte del paciente, y con las emociones que surgen en familiares y amigos durante todo este proceso. Tanto el paciente como sus familiares, esperan del médico, disponibilidad casi incondicional ante su situación, y éste, en un esfuerzo por dar respuesta a estas demandas, ha contribuido a crear la concepción social de que el médico posee habilidades especiales que le permiten, resistir horarios de trabajo extenuantes en condiciones organizacionales poco adecuadas, sin que ello le impida cumplir con los objetivos de su profesión. Sin embargo, actualmente se tiene conocimiento de los niveles de estrés en médicos y de sus efectos.

El Síndrome de Desgaste Profesional Médico (SDPM) es la forma más habitual en la que se desencadena el estrés laboral crónico y desde esta perspectiva, tomando como referente el *Modelo Teórico Procesual Transaccional*, se realizó un estudio con 409 médicos de 49 diferentes especialidades de la comunidad de Madrid, dando como resultado la formulación y contrastación empírica de un modelo teórico que aborda características exclusivas de la profesión médica (Moreno Jiménez, Gálvez Herrer, Garrosa Hernández, y Mingote Adán, 2006). La propuesta de los autores, confirma la estructura trifactorial del síndrome, pero con dos ajustes importantes al respecto, el primero es que, deciden sustituir la dimensión de despersonalización por la de *distanciamiento*, debido a que la dimensión de despersonalización hace referencia a las respuestas impersonales y falta de sentimientos hacia los pacientes, y la experiencia del médico se describe mejor por la falta de compromiso ante la práctica clínica y no solo hacia los pacientes. El segundo ajuste fue, la sustitución de la dimensión de baja realización profesional por la de pérdida de expectativas, debido a que esta última, ofrece la posibilidad de evaluar aspectos motivacionales implicados en el desarrollo del SDPM por lo que, en base a estas dos modificaciones, la estructura final del síndrome, dio como resultado la composición clásica de tres elementos:

Agotamiento emocional: Refleja una pérdida de energías y de recursos frente a la situación sociolaboral, con dificultad para afrontar la jornada laboral y sentimientos de extenuación al final de la misma.

Distanciamiento laboral: Describe una situación de falta de implicación y frialdad profesional, tanto con los pacientes como con la profesión en general

Pérdida de Expectativas: Dimensión motivacional que describe un nivel de desajuste entre los valores del facultativo y los de la institución, con elementos de desilusión respecto al sentido de la actividad profesional, reconocimiento y poder adquisitivo.

Adicional a estas tres dimensiones, con fundamento tanto en las entrevistas como en la revisión de la literatura, surge la identificación de antecedentes y consecuentes específicos de a profesión médica, así como de variables moderadoras (Moreno-Jiménez, Barbaranelli, Herrero, y Hernández, 2012). Los factores que se describen a continuación:

Antecedentes

- a) *Problemas de gerencia y supervisión*, que se manifiestan en la ausencia de respuestas ante demandas del profesional, la ausencia de participación en la toma de decisiones y criterios de gestión o dirección contradictorios.
- b) *Presión temporal*, que describe situaciones laborales en la que la toma de decisiones, dedicación al paciente y desarrollo de objetivos asistenciales se desarrollan con apremio temporal
- c) *Deterioro social de la profesión*, que es la evaluación negativa del prestigio social de la profesión, así como de la importancia, relevancia e impacto social del trabajo médico.
- d) *Interacción con el dolor y la muerte*, que implica demandas emocionales procedentes de la interacción cotidiana con complicaciones en la salud y/o la angustia de pacientes y familiares.
- e) *Pacientes difíciles*, es decir pacientes con dificultades de comunicación, con un diagnóstico crónico o terminal, o con actitudes críticas o violentas frente al médico.

Consecuentes

- a) *Deseos de abandono*, de la práctica profesional o los deseos de cambio de servicio.
- b) *Consecuencias físicas*, es decir la repercusión sobre la salud física y consecuencias psicosomáticas del trabajo en el médico.
- c) *Aislamiento socio profesional*, dentro del equipo de trabajo y la evitación de situaciones sociales en relación con el mismo.
- d) *Consecuencias emocionales*, es decir, la repercusión sobre la salud psicológica y emocional del trabajo en el médico.

Moderadores:

- a) Habilidad para *expresar emociones* en un vocabulario amplio y variado.
- b) *Autocontrol emocional* en función de lo requerido por la situación.
- c) *Compromiso*, es decir la tendencia a involucrarse e identificarse con lo que se hace.
- d) *Comprensión* ordenada de las demandas del entorno.

La investigación que aquí se presenta se realizó utilizando las variables de gerencia y supervisión, presión temporal y deseos de abandono. Adicionalmente se incorporó la evaluación de la sobrecarga, el conflicto de rol y la indefensión médica como variables consecuentes y los errores, el rendimiento médico y la relación con la familia y la pareja. Finalmente, como variables moderadoras se incluyó la satisfacción laboral y el distanciamiento psicológico. En la figura número 3 se resumen las variables y el sentido en el que serán evaluadas, las cuales se describirán en las siguientes secciones.

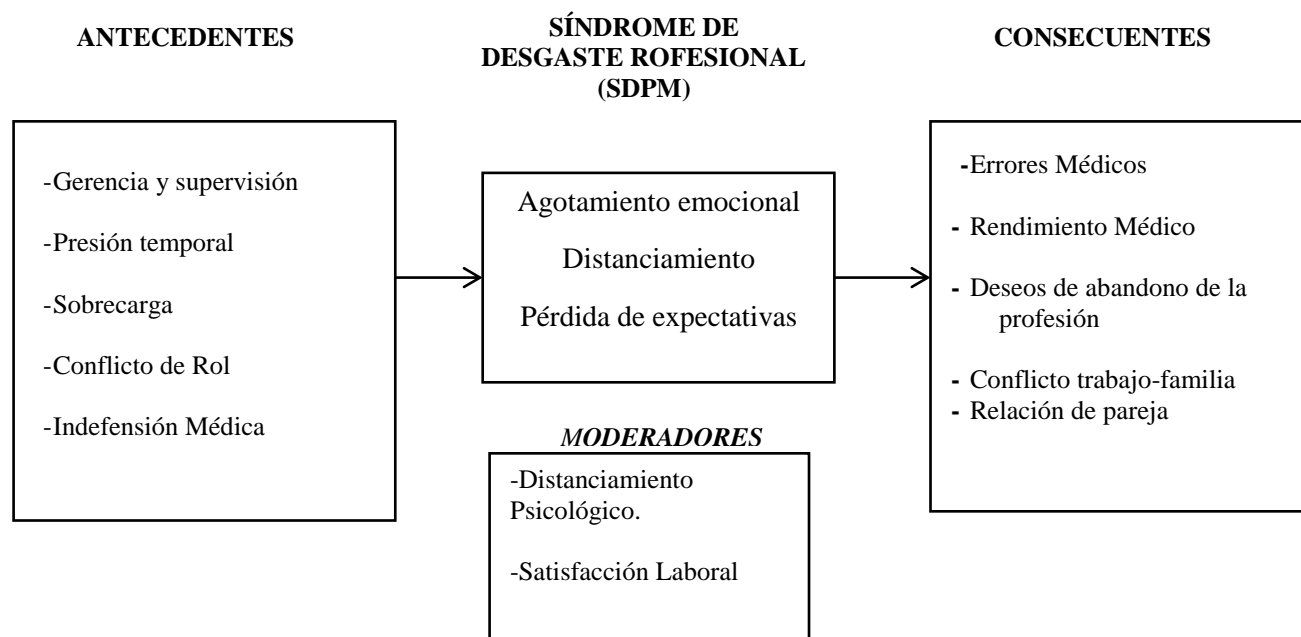


Figura 3. Modelo procesual transaccional del Síndrome de Desgaste Profesional Médico (SDPM)

1.2.2. Prevalencia del SDPM

La prevalencia del SDPM que se ha reportado en la literatura, varía en función de los instrumentos y puntos de corte que se utilicen, no obstante en general las cifras reportadas en los últimos 5 años oscilan entre el 21% y el 54% (Dyrbye y cols., 2013; Dyrbye y cols., 2014; Shanafelt y cols., 2015; Kealy, Halli, Ogrodniczuk, y Hadjipavlou, 2016; Tawfik, Phibbs, Sexton, Kan, y Sharek, 2017). En Hispanoamérica, en médicos familiares, las cifras del síndrome van desde el 7,7% hasta el 91,8% y en México entre el 1.11% y el 65% (Castañeda Aguilera y Alba, 2010; Juárez-García y cols., 2014).

En cuanto a las diferencias por dimensión, la más prevalente es el cansancio emocional, seguido de la despersonalización y la baja realización con porcentajes variados.

Los porcentajes para agotamiento emocional se reportan entre el 24% y el 51%, para la despersonalización entre el 24% y el 57% y para la baja realización profesional entre el 6.8% y al 61.8%, aunque esta última dimensión suele ser la que muestra menor nivel de afectación (Ogundipe, Olagunju, Lasebikan, y Coker, 2014a; Olvera-Islas, Téllez-Villagra, y Avilés, 2015; Rath, Huffman, Phillips, Carpenter, y Fowler, 2015). En el caso de México, en una revisión sistemática publicada en el 2014, se encontró que de 27 artículos en los que se incluyó población médica, solo en 2 reportan valores para cada una de las dimensiones (Juárez-García y cols., 2014).

1.2.3. Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas incluyen diferencias por género, edad, estado civil, condición laboral y especialidad entre otras.

Las diferencias por sexo del síndrome en población médica varían en función de las pruebas estadísticas que se utilizan, hay quienes no reportan existen diferencias (Kealy y cols., 2016; Palacios-Nava y Paz-Román, 2014; Rath y cols., 2015; Shanafelt, Hasan, y cols., 2015) mientras que algunos señalan mayor impacto del síndrome en mujeres (Abdulghani, Al-Harbi, y Irshad, 2015; Amofo y cols., 2015; Castañeda Aguilera y Alba, 2010; Eelen y cols., 2014) y otros en los hombres (Dyrbye y cols., 2014a). Sin embargo, el género no es considerado un predictor importante del síndrome e incluso, algunas de las diferencias reportadas, podrían estar asociadas a estereotipos de rol de género o podrían reflejar una confusión con las ocupaciones desempeñadas en su mayoría por mujeres u hombres según sea el caso (Maslach y cols., 2001).

La edad es otra de las variables con las se han establecido diferencias en la prevalencia del SDPM, no obstante un problema importante es que la edad puede confundirse con la experiencia laboral (Maslach y cols., 2001). En el caso de los estudios realizados en población médica, tanto la variable edad, como la antigüedad laboral para los médicos adscritos y el año de estudio para los médicos residentes han sido reportados. Los resultados indican que los médicos jóvenes, principalmente residentes, son una población de riesgo (Amoafo y cols., 2015), especialmente durante los primeros dos años de especialidad (Kealy y cols., 2016; Lee, Seo, Hladkyj, Lovell, y Schwartzmann, 2013) en comparación con los médicos adscritos (Dyrbye y cols., 2014b), en quienes el periodo entre los 11 y 20 años de antigüedad, se reporta como crítico para el desarrollo del síndrome (Dyrbye y cols., 2013). Estos datos coinciden con los resultados que se reportan en México, en donde se ha encontrado mayor prevalencia del síndrome después de los primeros 10 años de ejercicio profesional (Castañeda Aguilera y Alba, 2010), mientras que se reportan altas prevalencias tanto en residentes (Briones y Balcázar Rincón, 2015; Terrones-Rodríguez y Cisneros-Pérez, 2016) como en adscritos (Castañeda Aguilera y Alba, 2010; Juárez-García y cols., 2014) y sin asociaciones significativas con la edad (Palacios-Nava y Paz-Román, 2014).

Los datos en lo que se hace referencia a la edad, antigüedad o condición laboral, parecen indicar que en los primeros años de la profesión, es decir al inicio de la residencia, la probabilidad de que se desarrolle el SDPM es alta, sin embargo una vez que se concluye periodo de estudio de la especialidad, esta probabilidad parece disminuir durante los primeros años de actividad profesional y se vuelve a incrementar años más tarde (Aranda-Beltrán, González-Baltazar, Pando-Moreno, y Hidalgo Santacruz, 2013; Kealy y cols., 2016). Aunque en general se reporta una relación inversa entre edad y síndrome (Moreno-Jiménez, Meda-

Lara, Rodríguez-Muñoz, Palomera-Chavez, y Morales, 2006) es importante evaluar estos resultados considerando las diferencias por población (Castellanos y Edmundo, 2006).

Con respecto al estado civil, los resultados parecen ser más homogéneos que Los del sexo y la edad. Las investigaciones señalan a los solteros como propensos al síndrome (Abdulghani y cols., 2015; Amofo y cols., 2015; Dyrbye y cols., 2014b), lo cual coincide con datos encontrados en muestra latinoamericana (Armand Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, y Braga, 2009), aunque también existen estudios que no reportan diferencias (Palacios-Nava y Paz-Román, 2014).

En cuanto a las diferencias por especialidad, en un análisis con 42 muestras obtenidas a través de varias investigaciones en diferentes regiones geográficas, se encontró que las especialidades que atienden pacientes intrahospitalarios (anestesiología, medicina interna, ginecología y obstetricia, oncología, otorrinolaringología, pediatría y cirugía) experimentan menores niveles de agotamiento emocional que las especialidades de pacientes ambulatorios (medicina de emergencia, medicina general, medicina familiar y psiquiatría), aunque estas diferencias dependerán de la interacción de otras variables que favorecen o no el estado salud (Lee y cols., 2013). En estudios más recientes, en México y otros países, el burnout se asocia a médicos de emergencias (Abdulghani y cols., 2015; Briones y Balcázar Rincón, 2015; Armand Grau y cols., 2009), oncólogos (Eelen y cols., 2014), medicina interna (Briones y Balcázar Rincón, 2015; Grau y cols., 2009) cirugía general (Briones y Balcázar Rincón, 2015) pediatría y ginecología (Terrones-Rodríguez y Cisneros-Pérez, 2016).

Los resultados en cuanto a las diferencias por especialidad, muestran poca consistencia, lo cual podrían explicarse debido a que las muestras que se evalúan habitualmente no son multicentro. Además, existen especialidades que, debido a la naturaleza

de su trabajo, teóricamente serían más propensas al síndrome, por lo que se evalúan con mayor frecuencia, sin que ello sea necesariamente un indicador de mayor prevalencia del SDPM.

En general, la relación entre diferentes variables sociodemográficas y el SDPM, muestran variabilidad, por lo que los datos deben ser tomados con precaución, pero además resultaría importante que al analizar las variables sociodemográficas se incluyeran análisis multivariados que permitieran ir delineando de forma cada vez más precisa las diferencias.

1.3. Antecedentes del SDPM

Las modificaciones en la esperanza de vida y el perfil epidemiológico de las enfermedades, han transformado la gestión de los servicios de salud, lo cual aunado al rápido avance científico y tecnológico y al acceso a la información que existe, ha modificado la realidad de la profesión médica y con ello los factores de estrés con los que se enfrentan en el día a día.

El estudio de los antecedentes del SDPM, han sido clasificados en dos categorías, una en la que se incluyen los factores administrativos y organizacionales y otra que deriva de las tareas específicas de la profesión, por lo que en este apartado se describirá ambos.

1.3.1. Antecedentes Organizacionales y Administrativos

El SDPM ha sido asociado de forma consistente a variables organizacionales relacionadas con la ejecución en el trabajo, los recursos con los que cuenta para hacer frente a

las demandas y la interacción con superiores y compañeros de trabajo. A continuación se describen algunos de los más importantes.

La **sobrecarga laboral**, es decir la percepción de que las demandas de trabajo exceden las habilidades y recursos del trabajador y le impiden cumplir con sus obligaciones laborales de manera exitosa (Veloutsou y Panigyrakis, 2004), ha sido estudiada como uno de los antecedentes más importantes en el desarrollo del SDPM. Los estudios con personal médico evalúan la sobrecarga mediante la percepción subjetiva del médico (Pérez, 2013), la cantidad de pacientes y las horas de trabajo de un día y las guardias que se realizan por semana (Dyrbye y Shanafelt, 2016) y los hallazgos indican una asociación positiva (Amofo y cols., 2015; Dyrbye y Shanafelt, 2016; Dyrbye y cols., 2013) especialmente con la dimensión de agotamiento emocional (Ogundipe, Olagunju, Lasebikan, y Coker, 2014b).

En un metanálisis en el que se comparan las diferencias entre varias regiones geográficas, se encontró un mayor impacto de la sobrecarga laboral en el agotamiento emocional en América que en Europa (Lee y cols., 2013). En México, en un estudio multicentro la mayoría de los médicos evaluados trabajan entre 56 y 70 horas por semana y que atienden entre 16 y 30 pacientes por día (Palacios-Nava y Paz-Román, 2014) y aunque se han encontrado asociaciones de la sobrecarga con el síndrome (Palmer-Morales, Prince-Vélez, y Searcy-Bernal, 2007) su inclusión como variable predictora solo se incluye en el 6% de las publicaciones del país (Juárez-García y cols., 2014).

Es claro que el exceso de trabajo se asocia al desarrollo del SDPM, no obstante es importante incluir en su estudio, **la presión temporal**, dado que no es lo mismo atender a una gran cantidad trabajo con suficiente tiempo que, cuando la toma decisiones, la dedicación al paciente y desarrollo de objetivos asistenciales se desarrollan con apremio temporal, por lo

que la presión temporal no solo impactará en el SDPM, también se asociará con una baja calidad de los servicios que se ofrecen (An y cols., 2009; Linzer y cols., 2009). En un estudio cualitativo con médicos de diferentes especialidades se encontró que, estos perciben una clara relación entre el volumen de trabajo y la presión temporal, ante lo cual, experimentan sentimientos de frustración por no poder interactuar con el paciente el tiempo necesario para conocer mejor su situación y brindarle mejores opciones terapéuticas (Friedberg y cols., 2013)

El exceso de trabajo y la presión temporal son dos factores de estrés importantes en las organizaciones, pero si además, estas exigencias no van acompañadas del material necesario para realizarlas, se trabaja con dos o más grupos cuya forma de trabajar es diferente y en ocasiones incluso incompatible y además se invierte tiempo en cosas que se consideran innecesarias, como trámites burocráticos, asistencia a reuniones poco productivas, etc., el médico podría experimentar lo que teóricamente se conoce como **conflicto de rol**.

El conflicto de rol fue definido por Ironson (1992) como la percepción de que las demandas y exigencias del trabajo son incongruentes o incompatibles entre sí (Mansilla Izquierdo, 2011) y es generalmente considerada una amenaza potencial al crecimiento personal y al logro de metas, que tiende a evocar emociones y actitudes negativas (Balducci, Cecchin, y Fraccaroli, 2012).

En las investigaciones con población médica, se ha encontrado que el conflicto de rol es más frecuente en médicos residentes que en adscritos debido a que, por una parte en su actividad diaria ya desempeñan funciones de médico especialista, pero a su vez, continúan en preparación académica, por lo que algunas de las demandas entre ambos roles suelen ser incompatibles (Schaufeli, Bakker, van der Heijden, y Prins, 2009; Tunc y Kutanis, 2009) no obstante en ambas poblaciones, las asociaciones indican que, el conflicto de rol es un

antecedente del SDPM (Ghorpade, Lackritz, y Singh, 2011; Tunc y Kutanis, 2009). Algunos estudios lo asocian solo con el agotamiento emocional (Pomaki, Supeli, y Verhoeven, 2007; Schaufeli, Bakker, y cols., 2009) y otros con despersonalización (Lin, 2012).

Sin embargo, a pesar de la importancia del conflicto de rol como antecedente del SDPM, los estudios actuales en población médica no suelen incluirla, en una revisión de 65 muestras tanto en América como en Europa, la variable se incluyó solo en tres muestras (Lee y cols., 2013).

Tanto la sobrecarga laboral como la presión temporal son dos variables que podrían explicarse por la sobredemanda en las instituciones de salud y la escases de recursos humanos para atenderla, no obstante el conflicto de rol, además de explicarse por el desabasto de insumos, se explica por el contacto que se establece con otros en el ambiente laboral, como compañeros y supervisores. Cuando la relación que se establece entre supervisor y empleado, es adecuada, esta favorece el buen desempeño de las actividades profesionales, no obstante cuando la relación es inadecuada, se considera una fuente importante de estrés en las organizaciones, dado que, podría contribuir al incremento en el estrés de rol y producir percepciones de injusticia derivadas de un sistema deficiente de reconocimiento y evaluación del desempeño (Peiro y Rodríguez, 2008).

En los estudios sobre el síndrome, la relación con el supervisor, habitualmente se evalúa en términos de apoyo social y se considera incluso más importante que el apoyo de los compañeros de trabajo (Maslach y cols., 2001). En un metanálisis sobre las fuentes de soporte social y el síndrome, se encontró que el apoyo social del supervisor se asocia más al agotamiento emocional que a las otras dos dimensiones del síndrome, mientras que la falta de

apoyo estará más asociada a la despersonalización y la baja realización que al agotamiento emocional (Halbesleben y B., 2006).

En el caso de la profesión médica, los datos muestran que un estilo de liderazgo poco favorable, se asociará a mayor prevalencia del SDPM aunque explica un mayor porcentaje de la varianza de la satisfacción laboral (Shanafelt, Gorringer, y cols., 2015). Esto coincide con estudios previos que, señalan que el apoyo del supervisor está más relacionado con la satisfacción y la productividad laboral, mientras que el SDPM se asocia al apoyo familiar (Baruch-Feldman, Brondolo, Ben-Dayana, y Schwartz, 2002). Por otra parte, se ha demostrado que el reconocimiento del trabajo (West y cols., 2014) y la participación en la toma de decisiones (Dyrbye y Shanafelt, 2016; Friedberg y cols., 2013) disminuye la probabilidad de desarrollar el SDPM y que la injusticia y falta de reconocimiento la incrementa (Palmer-Morales y cols., 2007). Finalmente, cuando el supervisor no considera al médico en asuntos como la repartición del trabajo, no responde a sus peticiones y le demuestra que sólo le interesan los criterios cuantitativos y no cualitativos, tendrá mayor probabilidad de desarrollar SDPM.

Hasta ahora se han descrito las asociaciones del SDPM con la sobrecarga laboral, la presión temporal, el conflicto de rol y los problemas de gerencia y supervisión, no obstante, como el modelo procesual transaccional lo indica, es importante incluir estresores específicos de la profesión.

1.3.2. Antecedentes asociados a la Profesión Médica

Considerando que el objeto de estudio de la medicina y, que una de las motivaciones más importantes en la profesión médica continua siendo la ayuda al paciente (Kusurkar, Ten Cate, van Asperen, y Croiset, 2011), resulta indispensable incluir en el estudio del SDPM los factores de estrés que surgen de estas dos características.

La especialidad y el área en la que el médico se desempeña, influye en el tipo de enfermedades con las que trabaja y los estresores a los que se enfrenta. La enfermedad puede clasificarse en dos grandes áreas, enfermedades agudas y enfermedades crónicas. Las enfermedades agudas, se distinguen por su repentina aparición y por ir acompañadas de signos y síntomas intensos que evolucionan rápidamente, mientras que las enfermedades crónicas al hacer su aparición gradualmente, se extienden por un periodo de tiempo superior al de las agudas y cuando además son degenerativas, implican el deterioro progresivo del paciente. Las enfermedades agudas presentarán síntomas intensos e implicarán diagnósticos con apremio temporal y tratamientos cortos, mientras que en las enfermedades crónicas los tratamientos se llevan por largos periodos, e incluso implican modificaciones en el estilo de vida, características que impactan en la adherencia al tratamiento. En el caso de los pacientes con enfermedades agudas la no adherencia se presenta en un 20%, en contraste con los pacientes de enfermedades crónicas, que reportan la no adherencia en el 45% (Martín Alfonso y Grau Abalo, 2004).

Tanto las enfermedades agudas como las crónicas exigen que el médico realice las preguntas y pruebas necesarias para el establecimiento del diagnóstico, explique al paciente su enfermedad y le proporcione el pronóstico y posibles tratamientos. Durante todo este proceso, el médico hace frente a los pensamientos, emociones y conductas del paciente, moderadas por

los síntomas que está experimentando, la severidad de la enfermedad, el acceso e implicaciones del tratamiento y sus características personales (edad, género, estado de salud mental, personalidad) (Robiner y Petrik, 2017).

La forma en la que paciente responde ante todas estas situaciones hace que se le clasifique como “paciente fácil” o “paciente difícil”. En una revisión sobre las situaciones a las que se hace referencia al calificar a un paciente como “difícil”, se encontró a pacientes que demandan atención médica en exceso con expedientes clínicos extensos, pacientes que no se adhieren a los tratamientos, pacientes con problemas de personalidad, pacientes quejumbrosos, pacientes que representan algún tipo de amenaza y/o que irrumpen el contrato social de la asistencia sanitaria (Robiner y Petrik, 2017), por lo que la relación que estos pacientes suelen establecer con el médico se convierte en un factor de estrés que se ha asociado al incremento en los niveles del SDPM (An y cols., 2013).

Hasta ahora se ha descrito al médico como un participante pasivo de la relación médico-paciente, es decir un simple receptor, sin embargo, en la literatura se reporta que el afrontamiento ante las demandas del paciente será moderado por las habilidades sociales y de comunicación con las que cuenta el médico. En este sentido, los programas de intervención para mejorar la relación médico-paciente suelen incluir capacitación en el uso de preguntas más abiertas, la disminución en el número de interrupciones, la identificación y respuesta a las expectativas y temores de los pacientes y la comprobación del entendimiento del diagnóstico y el tratamiento (Kelley, Kraft-Todd, Schapira, Kossowsky, y Riess, 2014) orientación en la selección de tratamiento (Butow y cols., 2015) y la comunicación de malas noticias (Tuffrey-Wijne y Rose, 2017), lo cual terminará mejorando resultados de la asistencia sanitaria (Kelley

y cols., 2014), aunque no existe evidencia de la relación directa entre los pacientes difíciles y la mala atención al paciente o los errores médicos (An y cols., 2013).

De forma paralela a las dificultades que provienen de pacientes de trato difícil y el déficit en las habilidades de comunicación en general, el médico se enfrenta a la necesidad de cumplir con el objetivo para el cual fue capacitado, es decir, identificar y caracterizar las enfermedades y proponer tratamientos para restaurar la salud y el funcionamiento normal del paciente (Gálvez Herrer y cols., 2010), este objetivo se ha visto favorecido por el avance científico y tecnológico en salud, no obstante, dada la complejidad de los individuos y el surgimiento de nuevos padecimientos, diagnosticar y predecir el resultado de las intervenciones, sigue siendo una tarea compleja, por lo que el médico no siempre logra cumplir con el objetivo para el cual fue preparado.

En el estudio de los estresores asociados al incumplimiento del principal objetivo de la profesión médica, se reconoce el papel del fracaso terapéutico (Morgans y Schapira, 2015). Una de las formas más habituales en las que desencadena el fracaso terapéutico es la muerte y sus implicaciones emocionales y aunque éstas han pasado por una investigación limitada, la evidencia indican que la muerte del paciente afecta al médico, por lo que si recibe capacitación para su adecuado manejo, la posibilidad de experimentar el SDPM disminuye (Sansone, 2012). Por otra parte, también existe evidencia de que, aunque el contacto con la muerte se asocia al SDPM, la varianza explicada es baja y en el caso del distanciamiento, se identifica una relación inversa (Gálvez Herrer y cols., 2010) lo cual podría explicarse considerando que algunos médicos evalúan la muerte como una situación más de su profesión (Berry, 2007).

La evaluación que se realiza de la muerte, no siempre es la misma, varía en función del paciente y las circunstancias en las que ocurre. Al parecer las muertes que dejan un recuerdo más profundo en el médico surgen durante sus primeros años de profesión, aunque eso no signifique que sean las únicas. La vivencia de la muerte no solo se explica por la experiencia que se adquiere con el paso del tiempo, también se hace referencia a lo inesperado de la muerte, que hace reflexionar sobre la propia muerte y la de los seres queridos, también se menciona el papel que juegan las expectativas de los pacientes, familiares y el propio sistema médico así como la sensación de competencia con la que el médico percibe que se ha desempeñado (Whitehead, 2014).

1.3.2.1. Indefensión médica

Aunque los estudios sobre el fracaso terapéutico enfocan su atención en la muerte, las descripciones que se hacen de los resultados indican que ésta es considerada la parte final de un proceso (Morgans y Schapira, 2015) que da inicio con el diagnóstico y el tratamiento, por lo que cuando el médico no logra establecer un diagnóstico claro y/o el tratamiento no da los resultados esperados, también se experimentan sentimientos de impotencia, fracaso y frustración contra la enfermedad y sus pérdidas asociadas (Back, Rushton, Kaszniak, y Halifax, 2015; Epstein y Back, 2015; Meier, Back, y Morrison, 2001) especialmente cuando se trabaja con enfermedades crónico degenerativas (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal, Garrosa-Hernández, y Benadero, 2008). En resumen, cuando existe un desajuste entre las expectativas profesionales y la realidad cotidiana, el médico experimenta indefensión.

La indefensión hace referencia a las atribuciones relativas al control de los resultados, es decir, a la percepción de desequilibrio entre los comportamientos realizados y los resultados obtenidos (Tayfur, Bayhan Karapinar, y Metin Camgoz, 2013), que en el médico se expresa

como la sensación de agobio que surge de la responsabilidad de solucionar problemas terapéuticos sin éxito (Back y cols., 2015).

Es importante identificar que aunque la indefensión médica podría guardar relación con la autoeficacia, la indefensión se explica mejor a través de los límites de la profesión, es decir el médico puede sentirse capaz de diagnosticar y administrar tratamientos, pero el paciente, por razones que se escapan a su conocimiento, no responde como se esperaba y es entonces cuando se hace evidente el desequilibrio entre expectativas y realidad, desequilibrio que a pesar de irse ajustando, no elimina las expectativas de curar al paciente, salvar su vida o devolverle la salud (Hales, 1981).

A pesar de que en la literatura se reconoce la importancia de las expectativas profesionales con respecto a la evolución del paciente, esta importancia no ha ido en correspondencia con el número de estudios científicos (Adán y Herrero, 2011), ya que son escasas las investigaciones que evalúan estas expectativas y las emociones que surgen cuando no se cumplen. A través de un estudio sobre la indefensión en respuesta al sufrimiento humano en médicos y enfermeras, se describe un proceso que incluye momentos de *hiper* e *hipo* implicación. La *hiper-implicación* incluye pensamientos como “yo puedo hacer algo para arreglar esto”, emociones como ansiedad, irritabilidad e hipervigilancia y reacciones somáticas como tensión muscular, estómago revuelto y aumento de la frecuencia cardíaca, mientras que la *hipo-implicación* se caracteriza por pensamientos como “nada va a cambiar,” sentimientos como apatía y desesperanza y reacciones somáticas como entumecimiento en el pecho y pesadez en el estómago (Back y cols., 2015).

La indefensión ha sido asociada al síndrome en estudios previos, sin embargo, aún no se ha explicado la naturaleza exacta de tal relación (Tayfur y cols., 2013) y en el caso de la

indefensión médica, solo existe evidencia del cómo las emociones, que surgen ante el fracaso terapéutico, impactan en el bienestar del médico y podrían conducir al desarrollo del SDPM (Meier y cols., 2001) además de afectar la atención que se brinda al paciente, cuando no se afronta adecuadamente el fracaso terapéutico ya que, entre otras cosas, podría hacer al médico persistir en la administración de tratamientos de poca utilidad (Morgans y Schapira, 2015), en un intento por recuperar el control que los haga sentirse más cómodos (Moreno-Jiménez y cols., 2008).

Es evidente que el estudio de la indefensión médica y su relación con el SDPM es importante, sin embargo, hasta ahora no existen instrumentos que permitan su evaluación, por lo que en esta investigación se propone una herramienta que permita el inicio de la incorporación de la indefensión a los modelos del SDPM.

1.4. Consecuentes del SDPM

Continuando con el modelo procesual y transaccional del SDPM, es importante la inclusión de variables consecuentes, y aunque la literatura reporta afectaciones en diferentes áreas, se continúa trabajando para resolver la ambigüedad que aparece al intentar diferenciar las variables que pueden ser llamadas síntomas y las que son clasificadas como consecuentes del SDPM (Kohn, Corrigan, y Donaldson, 2000), por lo que en función del modelo teórico, las variables aparecen algunas veces como antecedentes y otras como consecuentes.

Existe evidencia que reporta que el SDPM se asocia a mayor nivel de fatiga, depresión, suicidio, abuso de alcohol, menor calidad de vida, ansiedad y problemas del sueño (Dyrbye y cols., 2014b; Kealy y cols., 2016; Rath y cols., 2015; Shanafelt, Hasan, y cols., 2015). En un estudio realizado en población latinoamericana, se identificaron consecuencias

como absentismo, intención de abandono, afectaciones en la seguridad del paciente y deterioro personal y familiar (Suñer-Soler y cols., 2014). En población mexicana se han reportado problemas con la satisfacción laboral, en las relaciones con compañeros, afectaciones a la autoeficacia, falta de control emocional y depresión (Juárez-García y cols., 2014). Es decir, el SDPM tiene consecuencias importantes tanto para la salud del médico como para la propia organización (Kealy y cols., 2016) y el paciente (Dyrbye y cols., 2013). A continuación se describirán las variables consecuentes que se decidió incluir en esta investigación.

1.4.1. Rendimiento y Errores Médicos

La calidad asistencial en el ámbito médico consiste en “otorgar atención al paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”(Aguirre-Gas, Zavala-Villavicencio, Hernández-Torres, y Fajardo-Dolci, 2010) por lo que la calidad asistencial dependerá en gran medida del rendimiento médico.

Existe evidencia científica que manifiesta que el síndrome de desgaste profesional impacta en el rendimiento laboral (Demerouti, Bakker, y Leiter, 2014). En el área médica, la interacción de ambas variables ha sido limitada ya que la calidad asistencial se evalúa con mayor frecuencia a través de los errores médicos. No obstante en los estudios en los que el rendimiento se ha evaluado directamente los hallazgos indican que en médicos residentes de medicina interna (Shanafelt, Bradley, Wipf, Back, y Schwartzmann, 2002) y de cirugía general (Klein, Grosse Frie, Blum, y von dem Knesebeck, 2010), la variable que explica mejor el rendimiento sub-óptimo es el SDPM. Además en un estudio cualitativo, los residentes reconocieron que su estado de bienestar afecta las interacciones con sus compañeros, su

rendimiento, su motivación y las relaciones con sus pacientes (Ratanawongsa, Wright, y Carrese, 2008) cuyos reportes sobre actitudes de despersonalización por parte del médico, se asocian a sus puntuaciones en esta dimensión (Halbesleben y Rathert, 2008). En un estudio más reciente se encontró que el agotamiento emocional es la dimensión que mejor explica el rendimiento en cirujanos (Smeds y cols., 2017). En población mexicana, el SDPM predice menor rendimiento médico (Briones y Balcázar Rincón, 2015) e ineficiencia laboral (Olvera-Islas y cols., 2015).

El impacto del SDPM en el rendimiento médico (clínico y no clínico) puede explicarse por múltiples causas. En dos estudios experimentales con médicos, se encontró que las personas con SDPM tienen menor desempeño cognitivo (Oosterholt, Maes, Van der Linden, Verbraak, y Kompier, 2014) y que este no se recupera del todo incluso dos años después que el síndrome ha sido diagnosticado (van Dam, Keijsers, Eling, y Becker, 2012). Además, en estudios realizados en otras poblaciones se ha encontrado que los empleados con el síndrome necesitan invertir más tiempo y esfuerzo en su trabajo y están menos dispuestos a ayudar a otros (Bakker y Costa, 2014).

Sin embargo, aunque se reconoce la relación entre el rendimiento y el síndrome, se sabe que este impacto es moderado y que el *engagement*, favorece más el rendimiento de lo que el síndrome podría afectarlo, entre otras cosas, debido a que, las estrategias adaptativas que emplean los trabajadores les ayudan a mantener su desempeño a pesar de experimentar el síndrome (Demerouti y cols., 2014).

Hasta ahora, los instrumentos que evalúan el rendimiento médico incluyen el profesionalismo médico, la competencia clínica, las habilidades de comunicación y el manejo de las relaciones interpersonales. Estas evaluaciones se realizan desde la percepción del

médico, la de sus pacientes, compañeros y supervisores (Donnon, Al Ansari, Al Alawi, y Violato, 2014). La aplicación de estos instrumentos se ha realizado con mayor frecuencia en estudiantes de medicina y médicos residentes, principalmente como parte de proyectos de evaluación hospitalaria con el objetivo de identificar posibles problemas y mejorar el sistema educativo u orientar al profesional para que logre mejorar la atención que brinda (Scott, Phelps, y Brand, 2011), es decir como una herramienta de retroalimentación. En los estudios que incluyen la relación entre el rendimiento y el SDPM, los instrumentos utilizados son de autoinforme y evalúan el rendimiento laboral de forma general o a través de conductas inadecuadas.

Por otra parte, el estudio de la calidad asistencial incluye el abordaje de la seguridad del paciente, la cual se evalúa a través de la prevención e intervención de eventos adversos. La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura (OMS, 2008), lo cual no solo impacta en la seguridad del paciente, también genera importantes gastos para las instituciones de salud.

Los errores médicos se definen como las conductas clínicas equivocadas, que surgen a consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto (Aguirre-Gas y Vázquez-Estupiñán, 2006), es decir el fracaso de una acción planeada o el uso de un plan incorrecto para alcanzar un objetivo (Kohn y cols., 2000). Los errores médicos se clasifican en función de las causas (organizacionales, personales) el tipo de error (comunicación, manejo del paciente y procedimiento clínico), el daño que causan (físico y psicológico) y quien los comete (institución, personal, paciente) (Chang, Schyve, Croteau, O’Leary, y Loeb, 2005).

Atendiendo a las causas de los errores, estos han sido explicados desde perspectivas como la efectividad de los protocolos de atención institucional, los recursos con los que se cuenta para hacer frente a las demandas, (Chang, Schyve, Croteau, O`leary, & Loeb, 2005), la incompetencia profesional, los conocimientos médicos insuficientes o carentes de vigencia, la impericia por habilidades insuficientes o falta de experiencia, la delegación de responsabilidades a personal con competencia deficiente, la omisión de previsiones y precauciones necesarias y la fatiga y el estrés (Aguirre-gas y cols., 2010) así como el estado de bienestar del profesional (depresión, ansiedad, calidad de vida y burnout) (Hall y cols., 2016). Es decir, mientras más detallado se encuentre el procedimiento de cómo actuar ante determinadas situaciones y se cuente con los recursos materiales e intelectuales necesarios para hacer frente a las demandas, menor será la posibilidad de cometer errores, no obstante el estado psicofisiológico en el que se encuentre el médico, será fundamental a la hora de evaluar y aplicar protocolos, por lo que el estudio del bienestar y su relación con los errores es fundamental.

La evaluación de los errores se ha realizado desde dos perspectivas, la del médico y/o la institución y la del paciente. En el caso de los errores reportados por el médico y las instituciones, la incidencia varía entre el 2.7% y el 40% y habitualmente la clasificación se realiza en función de la severidad (Kohn y cols., 2000) y el momento terapéutico en el cual ocurren. En el procedimiento clínico se reconocen dos grandes periodos: el diagnóstico y la intervención (Chang, Schyve, Croteau, O`leary, & Loeb, 2005) aunque también se incluyen errores de prevención (Kohn y cols., 2000).

En base a los reportes médicos, los errores que se cometen con mayor frecuencia tienen que ver con errores técnicos, seguidos de diagnóstico, no prevención de lesiones y errores en

el uso de fármaco (Kohn y cols., 2000). Mientras que a partir de los reportes de pacientes el error que se comete más frecuentemente es un diagnóstico equivocado, que como consecuencia resultará en un mal tratamiento. También se reportan errores de medicación, en algún procedimiento médico, administrativos, de comunicación, resultados inadecuados de laboratorio y mal funcionamiento del equipo, siendo los tres últimos los que se identifican con menor frecuencia (Harris, 1997). Algunos ejemplos de errores que se cometen son de medicación, de transfusión, cirugías en sitios incorrectos, lesiones quirúrgicas, caídas, quemaduras, úlceras de presión, confusión de pacientes, etc. (Kohn y cols., 2000).

El estudio del impacto del SDPM en los errores médicos ha seguido dos vertientes, una en la que los errores médicos se consideran predictores del síndrome (Ninín, 2008) y otra en la que los evalúan como una consecuencia (Salyers y cols., 2017), en cuyo caso la evidencia científica muestra resultados más robustos indicando una asociación positiva entre el SDPM y los errores (Block, Wu, Feldman, Yeh, y Desai, 2013; de Oliveira y cols., 2013; Fahrenkopf y cols., 2008; Shanafelt y cols., 2010) con una varianza explicada de hasta el 7% (Salyers y cols., 2017). La mayoría de los estudios muestran el agotamiento emocional seguido de la despersonalización como las dimensiones que más se asocian a los errores (Chen y cols., 2013; Salyers y cols., 2017; Shanafelt y cols., 2010; Tsiga, Panagopoulou, y Montgomery, 2017; Welp, Meier, y Manser, 2014; West y cols., 2006) aunque también se muestra evidencia de la importancia de la baja realización profesional. En el caso de población latinoamericana, la percepción de haber cometido errores se asoció particularmente a la despersonalización, seguida del agotamiento emocional (Suñer-Soler y cols., 2014).

Los estudios del SDPM y los errores también suelen incluir el efecto de variables como la sobrecarga (Block y cols., 2013) el número de guardias, horas de trabajo por semana

(Shanafelt y cols., 2010) y cantidad de pacientes (Chen y cols., 2013) encontrando asociaciones positivas entre el SDPM y los errores.

La forma más habitual en la que se evalúan los errores al asociarse al SDPM provienen de fuentes de autoinforme (Salyers y cols., 2017) mediante una escala monoítem, de respuesta dicotómica en la que se le pregunta al pacientes si ha cometido algún error en un periodo de tiempo que van desde las cuatro semanas hasta el año anterior a la evaluación (Hall y cols., 2016). También se han encontrado investigaciones que evalúan errores específicos de la especialidad, en cuyo caso el error más frecuente ha sido el de medicación (de Oliveira Jr y cols., 2013). En una revisión sistemática sobre la taxonomía y evaluación de los errores se encontró que “cuando se describieron los instrumentos de clasificación, su validez era modesta y no se informó de su fiabilidad”(Chang y cols., 2005). En un estudio de reciente publicación, se propone un instrumento que consta de 3 listas con 25 errores para cada y escala de respuesta que va de “nunca a cada día”. Esta escala fue creada a partir de la revisión de la literatura y de entrevistas a médicos de las especialidades de Cirugía, Pediatría y Medicina Interna con buenos niveles de consistencia interna (Tsigas y cols., 2017), aunque no incluye análisis de composición de estructura y validez. Finalmente, también se ha encontrado evidencia de la evaluación de los errores a través de medidas objetivas como auditorías de gráficos, verificación de informes oficiales y observaciones de personal (Hall y cols., 2016).

Los datos que se presentan ponen en evidencia la importancia de estudiar la asociación entre del SDPM con el rendimiento y los errores, así como de la creación de alternativas de evaluación que recojan información específica de la profesión médica y que puedan emplearse en diferentes especialidades.

1.4.2. Deseos de Abandono de la profesión

Las intenciones de abandono en el personal médico son un tema relevante para las instituciones de salud, ya que la falta de personal puede provocar una deficiente oferta en los servicios de salud, lo cual afecta la calidad de la atención y genera pérdidas financieras importantes (Fibuch y Ahmed, 2015).

Las causas de los deseos de abandono médico pueden dividirse en tres importantes áreas, personales, organizacionales y propias de la tarea médica. En una revisión sobre las causas de los deseos de abandono en la profesión médica, se encontró que, aunque variables como especialidad, edad, género y experiencia práctica previa impactan, los datos encontrados no son consistentes, mientras que los problemas financieros y conflictos personales muestran mayor consistencia como antecedentes de las intenciones de abandono. Además, en esta revisión se presta especial énfasis a la satisfacción profesional ya que parece ser un factor que contribuye en la permanencia de los médicos en su profesión. Finalmente se menciona la importancia de profundizar en el estudio de las expectativas profesionales y la autonomía laboral (Misra-Hebert, Kay, y Stoller, 2004).

En una revisión más reciente, en médicos que trabajan en contacto directo con los pacientes se encontró que las intenciones de abandono varían en porcentajes que van del 3.2% al 53%, son más frecuentes en mujeres que trabajan en el servicio de emergencias y se asocian al conflicto trabajo-familia. En cuanto a las variables organizacionales, se encontró que las relaciones hostiles con la administración, la falta de retroalimentación, la pérdida de control y en especial el SDPM se asocia a las intenciones de abandono (Degen, Li, y Angerer, 2015). También se han encontrado asociaciones con los problemas con pacientes (Mo, Xu, y Luo, 2015), problemas de sueño, estrés, altas demandas laborales (Heponiemi y cols., 2009)

desajuste de las expectativas (Fibuch y Ahmed, 2015) percepción de efectividad, liderazgo y resolución de conflictos (Hall, Brazil, Wakefield, Lerer, y Tennen, 2010). Algunas de estas relaciones se encuentran mediadas por la satisfacción laboral (Mo y cols., 2015) y moderadas por el compromiso con la tarea (Moreno-Jiménez, Gálvez-Herrer, Rodríguez-Carvajal, y Sanz Vergel, 2012) y la percepción de control (Heponiemi y cols., 2009), que puede incluir la participación del médico en la programación del trabajo (Heponiemi, Pesseau, y Elovainio, 2016).

Al parecer los primeros años de la profesión médica son de mayor riesgo de abandonar la actividad que se realiza por otra, pero del mismo ámbito, mientras que los médicos en la mitad de su profesión son más propensos a contemplar la posibilidad de dedicarse a una profesión diferente o a continuar en la medicina, pero en un área que no implique el contacto con el paciente, lo cual resulta preocupante si se considera que la mitad de la profesión cuando es a menudo más productiva (Dyrbye y cols., 2013).

En cuanto a la relación de las intenciones de abandono con el SDPM, se reportan datos de la puntuación global del síndrome y/o de sus tres dimensiones. Las relaciones que se establecen con la puntuación global son positivas (Lu y cols., 2017). En el caso de las dimensiones, el agotamiento emocional y el distanciamiento se asocian con mayor fuerza que la pérdida de expectativas (Moreno-Jiménez, Gálvez-Herrer, y cols., 2012), aunque también existe evidencia de que la baja realización profesional se asocia con mayor intensidad que las otras dos dimensiones (Tziner, Rabenu, Radomski, y Belkin, 2015) y de que el médico con mayor agotamiento emocional y menor realización personal, tendrá mayor probabilidad de experimentar deseos de abandono de la práctica clínica (Pantenburg, Luppá, König, y Riedel-Heller, 2016). En población latinoamericana se encontró que los deseos de abandono son uno

de los consecuentes de las dimensiones de agotamiento emocional y baja realización profesional y que se asocian particularmente con la satisfacción laboral (Suñer-Soler y cols., 2014). Aunque las variables que se asocian a los deseos de abandonar la profesión o cambiar de servicio son múltiples, ante ellas subyace la percepción de desajuste entre las expectativas y la realidad.

1.4.3. Conflicto Trabajo Familia y satisfacción con la pareja

Además de las consecuencias que impactan directamente a la organización, el síndrome tiene repercusiones en el individuo que terminan dificultando la adecuada gestión de otras áreas de su vida. En el caso de la profesión médica, debido a las características de horario y disponibilidad de trabajo, estas consecuencias se hacen más evidentes.

Las afectaciones a la salud pueden ocurrir en cualquier momento y lugar por lo que es necesario contar con personal médico las 24hrs del día durante todo el año, lo cual complica las jornadas laborales de los médicos, ya que aunque tengan un horario establecido nunca están exentos de las urgencias que pueden alargar su jornada u obligarles a regresar al trabajo fuera de su horario. Estas situaciones, aunadas a las demandas laborales cotidianas, irrumpen en la programación y desempeño de las actividades personales del médico y dificultan una adecuada conciliación entre su vida profesional y personal, por lo que se ha reportado mayor prevalencia del conflicto trabajo-familia en médicos que en población en general (Büchel y cols., 2002).

El **conflicto trabajo- familia (CTF)** se define como una forma de conflicto de rol en el que, las presiones que resultan del trabajo y las presiones familiares son mutuamente incompatibles en algún aspecto (Greenhaus y Beutell, 1985). El CTF se puede presentar en dos direcciones, una en la que la situación en casa interfiere con las actividades laborales y

otra en la que el estrés del trabajo impactará en la relaciones que se tienen en casa (Geurts y cols., 2005). Las investigaciones reportan que es más habitual que las presiones del trabajo tengan repercusiones en las actividades del hogar que al contrario (Matthews, Del Priore, Acitelli, y Barnes-Farrell, 2006).

En un metanálisis con 178 muestras, se identificó que los antecedentes que se asocian al conflicto trabajo-familia, pueden dividirse en cinco: 1) asociados al estrés laboral (estrés laboral, conflicto, ambigüedad y sobrecarga de rol y presión temporal) 2) asociados a la participación e interés laboral (implicación, importancia y centralidad del trabajo) 3) asociados al apoyo social (soporte organizacional, de los supervisores y compañeros) 4) asociados a las características del trabajo (variedad de tareas, autonomía y ambiente laboral que facilite las relaciones con la familia) y 5) asociados a la personalidad (locus de control, afecto negativo y neuroticismo) (Michel, Kotrba, Mitchelson, Clark, y Baltes, 2011). De estas cinco categorías, los antecedentes asociados al trabajo presentan un efecto significativamente mayor, principalmente la sobrecarga y el conflicto de rol, mientras que de las no asociadas al trabajo, la de satisfacción con la vida y las relacionadas con el estrés, depresión y burnout.

En cuanto a las consecuencias asociadas al CTF, Allen, Herst, Bruck, y Sutton, (2000) realizaron un metanálisis en el que dividieron en tres grandes categorías: 1) asociadas a los resultados del trabajo (satisfacción laboral, compromiso, deseos de abandono y absentismo) 2) no asociadas a los resultados del trabajo (satisfacción con la vida, con la pareja y con la familia) y 3) relacionadas con los efectos del estrés (distrés psicológico, síntomas somáticos, depresión abuso de alcohol y burnout). De las consecuencias asociadas a los resultados del trabajo la que mostró un mayor efecto fue la satisfacción laboral, de las no asociadas al trabajo, la de satisfacción con la vida y de las relacionadas con el estrés, depresión y burnout.

Las investigaciones en las que se asocia el CTF con el SDPM han ido en dos sentidos, uno en el que se evalúa como variable predictora (Dyrbye y cols., 2011) y otro en el que evalúa como variable resultado (Shanafelt, Hasan, y cols., 2015) y en ambos casos las asociaciones son positivas, no obstante dado la naturaleza transversal de los estudios, uno no necesariamente causa el otro (Amofo y cols., 2015). En cuanto a las asociaciones por dimensión, el agotamiento emocional y la despersonalización (Dyrbye, West, Satele, Sloan, y Shanafelt, 2011) son las que se asocian con mayor fuerza. También se han reportado diferencias por especialidad, los médicos de dermatología, pediatría general y medicina preventiva presentan niveles más altos de satisfacción con la posibilidad de equilibrar el trabajo y la familia, que los médicos de cirugía general y ginecología y obstetricia (Shanafelt y cols., 2012).

El conflicto trabajo-familia es considerado una de las formas en las que se ha mostrado evidencia del *spillover*, es decir la situación en la cual se produce una transmisión de estrés o tensión de un dominio a otro (Demerouti, Bakker, y Schaufeli, 2005), por lo que cuando las experiencias negativas del trabajo se traspasan al hogar, estas terminan impactando a la pareja (Sanz-Vergel, Rodríguez-Muñoz, Bakker, y Demerouti, 2012).

La relación de pareja puede definirse como una relación en las que existe una influencia mutua, frecuente e intensa (Meuwly y Schoebi, 2017) entre dos personas y su satisfacción depende de múltiples factores. Se ha encontrado que el apoyo social (Duncan Cramer, 2006), la empatía (Cramer y Jowett, 2010) y el perdón (Braithwaite, Selby, y Fincham, 2011) favorecen la satisfacción con la pareja.

En una reciente revisión sobre modelos teóricos que abordan las relaciones a largo plazo, se encontró que la satisfacción con la pareja dependerá del nivel de compromiso que se

perciba, la cantidad de comportamientos positivos y/o negativos que se experimenten, el tipo de apego que se tenga, la comprensión, validación y cuidado de las necesidades, metas y motivos del otro, la confianza, el autoestima, la ansiedad y la sensibilidad al rechazo (Meuwly y Schoebi, 2017). Todos estos factores, estarán determinados por el bienestar psicológico de las personas y al ser el trabajo una de las actividades más importantes en la vida, resulta inevitable que éste tenga un efecto en la relación de pareja.

Estados emocionales como culpa y hostilidad se ven afectados por la percepción de que las obligaciones laborales interfieren con el tiempo familiar (Judge, Ilies, y Scott, 2006), siendo las personas con agotamiento emocional las que tienen menor probabilidad de evitar el *spillover* del trabajo a la familia (Leiter y Durup, 1996), lo cual se asoció con menor satisfacción marital (Bagherzadeh y cols., 2016).

No obstante, los efectos del trabajo en la relación de pareja dependerán de las características de la relación, al parecer si la relación de pareja es estable y satisfactoria, las adversidades del trabajo contribuirán a la cohesión de pareja, por el contrario si la satisfacción con la pareja es baja, los problemas del trabajo disminuirán la cohesión (Leiter y Durup, 1996).

En médicos, aunque existe evidencia de la vinculación entre elementos de la profesión y la satisfacción con la pareja, hasta ahora no se ha proporcionado una explicación sobre la forma en la que las demandas impactan la relación de pareja (Blackham, 2017; Lewis, Barnhart, Nace, Carson, y Howard, 1993). A pesar de la ausencia de estudios sistemáticos sobre las relaciones de pareja en médicos, los datos indican que alrededor del 85% de los profesionales y sus cónyuges que están satisfechos con su relación, tienen alta satisfacción laboral y bajo nivel de estrés en el trabajo (Lewis et al., 1993). Por otra parte, se ha encontrado

que el estrés asociado a atención a llamadas de emergencia, el compromiso ético con la medicina y llevar trabajo a casa, son los principales predictores de conflictos en la pareja (Swanson y Power, 1999), sin embargo no se encontró evidencia de la relación entre la satisfacción con la pareja y el SDPM (Perlman, Ross, y Lypson, 2015) ya que ambas variables han sido estudiadas de forma independiente en esta población.

1.5. Moderadores del SDPM

La mayoría de las variables antecedentes y consecuentes aquí expuestas, muestran un claro sentido de asociación con el SDPM, ya sea positivo o negativo, sin embargo la intensidad de esta asociación varía en función de variables que pueden moderar su efecto. En el modelo procesual transaccional se describe la importancia del papel activo del médico ante del síndrome, a través de procesos que actúan como moderadores del estrés.

A continuación se describen dos constructos moderadores de las consecuencias de las variables antecedentes en el SDPM. Por una parte se describirá la capacidad del sujeto de distanciamiento psicológico y por otra, la satisfacción laboral

1.5.1. Distanciamiento psicológico

Los problemas a los que se enfrenta el médico de forma cotidiana en vida personal y profesional, suponen el empleo de estrategias de diversa naturaleza. Las estrategias que el médico emplea ante situaciones asociadas al proceso salud-enfermedad, por lo general son centradas en el problema (Escribà-Agüir y Bernabé-Muñoz, 2002), es decir, al establecer el diagnóstico y tratamiento, el médico enfoca toda su atención en evaluar la situación e intentar

resolverla haciendo uso de todos los recursos con los que cuenta. Todo este esfuerzo implica una activación psicofisiológica que si permanece activa tiene importantes consecuencias para la salud (Brosschot, Pieper, y Thayer, 2005).

El proceso de relajación psicofisiológica después de la realización de un esfuerzo importante, (Geurts y Sonnentag, 2006) que ayuda al recuperar el equilibrio de los sistemas es un proceso de, recuperación al estrés (Sonnentag y Fritz, 2007), y aunque la recuperación al estrés puede realizarse de diversas formas, el proceso de distanciamiento psicológico subyace a muchas de ellas, por lo que se considera una de las formas más efectivas de recuperación del estrés (Sonnentag y Fritz, 2015). El distanciamiento psicológico se define como la habilidad para “desconectar” después del trabajo, es decir, a la abstención de actividades laborales y la desvinculación consiente del mismo (Sonnentag y Bayer, 2005)

En una revisión sobre el desarrollo teórico y empírico del distanciamiento psicológico se reporta que este ha sido estudiado a partir de diversas perspectivas de interacción. Cuando se evalúa como una variable mediadora se plantea que los estresores laborales dificultan la posibilidad de distanciarse, mientras que en los estudios en las que el distanciamiento se evalúa como variable moderadora, se dice que cuando una persona logra olvidarse de las situaciones de estrés del trabajo, esto le ayudará a recuperarse y limitará los efectos del estrés sostenido. En ambos casos, las variables se han estudiado considerando el distanciamiento del día a día, durante los fines de semana y en los periodos vacacionales (Sonnentag y Fritz, 2015).

Aunque teóricamente el distanciamiento psicológico no es considerado una estrategia de afrontamiento en sí misma (Sonnentag y Fritz, 2015), dado que es una forma de regular las sensaciones, emociones negativas y conductas, puede considerarse una forma de

afrontamiento centrada. En el caso de los médicos, los datos indican que, fuera del ámbito laboral, utilizan estrategias centradas en la emoción, en concreto en la desconexión conductual y la búsqueda de apoyo social emocional (Escribà-Agüir y Bernabé-Muñoz, 2002). En médicos residentes se ha encontrado que hasta un 57% tiene dificultades para distanciarse psicológicamente del trabajo y, cuando lo hacen, tienden a participar en formas de recuperación más pasivas que activas (Cranley, Cunningham, y Panda, 2016).

En cuanto a los estudios del distanciamiento psicológico en personal de salud con el síndrome, se ha encontrado que cuando hay pocas oportunidades de recuperación, existe mayor riesgo de experimentar el SDPM (Nitzsche y cols., 2017). Los datos indican que la rumiación afectiva predicen el SDPM (Vandevala y cols., 2017) mientras que, tanto el distanciamiento psicológico como la relajación se asocian negativamente con el síndrome y positivamente con el bienestar psicológico (Poulsen, Poulsen, Khan, Poulsen, y Khan, 2015), por lo que las intervenciones basadas en la recuperación al estrés disminuyen el síndrome (Siu, Cooper, y Phillips, 2014), particularmente la dimensión de cansancio emocional (H'tinen, M'kikangas, Kinnunen, y Pekkonen, 2013; Maricutoiu, Sava, y Butta, 2016).

Por otra parte, se encontrado que los empleados con bajo nivel del SDPM tienen menor impacto al continuar trabajando después de la jornada laboral, que quienes tiene alto nivel de afectación (Oerlemans y Bakker, 2014). Además, para que el distanciamiento psicológico funcione es importante que éste coincida con las características específicas de los estresores, es decir, el distanciamiento psicológico funcionará mejor cuando los estresores requieran desapego cognitivo o emocional (de Jonge, Spoor, Sonnentag, Dormann, y van den Tooren, 2012).

1.5.2. Satisfacción Laboral

La satisfacción laboral se define como “un estado emocional positivo y placentero resultante de la evaluación personal que hace el individuo sobre su trabajo y sobre la experiencia adquirida en el mismo” (Locke, 1969). La satisfacción laboral puede provenir tanto de factores extrínsecos (horario, salario, condiciones físicas del trabajo etc.), como intrínsecos (reconocimiento, variedad de tareas, responsabilidad, etc.), siendo los factores intrínsecos los que contribuyen a la satisfacción laboral mientras que la ausencia de factores extrínsecos puede generar insatisfacción (Herzberg, 1959).

La satisfacción laboral en la profesión médica se asocia a una variedad de aspectos específicos de la profesión, dentro de los cuales se menciona: a) la percepción de que la atención que se brinda es de calidad, b) el control en el ritmo y contenido del trabajo clínico, c) contar con líderes con experiencia clínica y con quienes se compartan valores en los cuidados terapéuticos, d) tener autonomía profesional, e) mantener relaciones con colegas fuera del ámbito laboral, f) percibir justicia en la repartición y evaluación del trabajo, g) tener carga laboral apropiada a los recursos, h) realizar actividades acordes a la formación, i) contar con compañeros de trabajo con quien se pueda dar seguimiento a los pacientes y j) trabajar con personal de apoyo confiable y capaz (Friedberg y cols., 2013).

Existe evidencia consistente de que la relación entre el síndrome y la satisfacción laboral es negativa, aunque en algunos estudios, la satisfacción laboral se reporta como una variable antecedente y en otros como una variable consecuente (Figueiredo-Ferraz, Grau-Alberola, Gil-Monte, y García-Juesas, 2012). En una revisión en población médica se encontró que los médicos que reportan menor satisfacción laboral tienen mayor probabilidad de desarrollar el síndrome (Amofo y cols., 2015), especialmente la dimensión de agotamiento

emocional (Zhang y cols., 2011) y, en menor medida, pero también significativamente, con despersonalización y baja realización profesional (Visser, Smets, y Oort, 2003).

También existen estudios en los que el SDPM se evalúa como una variable paralela a la satisfacción laboral y, en este sentido, se ha encontrado que el liderazgo impacta tanto en la satisfacción con en el síndrome (Shanafelt, Gorringer, y cols., 2015). En personal sanitario de Latinoamérica, se encontró que la satisfacción laboral es una variable que protege del síndrome (Grau, Flichtentrei, y Suñer, 2007).

En general los niveles de satisfacción laboral en médicos son altos, tanto para satisfacción laboral extrínseca como para la intrínseca (Carrillo-García, Martínez-Roche, Gómez-García, y Meseguer-De-Pedro, 2015; Myhren, Ekeberg, y Stokland, 2013; Rosta y Nylenna, 2009). En Latinoamérica se encontró que la puntuación media de satisfacción laboral fue alta ($X=7.5$ $DE=1.5$; escala de 1 a 10), y que las puntuaciones más altas se encuentran en México y Ecuador y las más bajas en España, Uruguay y Argentina (Suñer-Soler y cols., 2014).

Finalmente, se ha reportado que, los altos niveles de satisfacción en la profesión médica se mantienen incluso cuando se percibe alto nivel de estrés (Visser y cols., 2003), debido a que la satisfacción laboral tiene una estrecha relación con la motivación (Zubiri Sáenz, 2013), y su evaluación depende de las expectativas necesidades y aspiraciones personales.

Capítulo 2.

Método

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

Evaluar el síndrome de desgaste profesional médico en base al modelo procesual del síndrome que incluye variables antecedentes, consecuentes y moderadoras.

2.1.2. Objetivos específicos

1. Validar la estructura factorial de tres escalas: Indefensión Médica, Errores Médicos y Rendimiento Médico.
2. Identificar y caracterizar la prevalencia de los tres factores del SDPM.
3. Evaluar la influencia de las variables sociodemográficas y sociolaborales sobre el proceso del SDPM.
4. Identificar el modelo secuencial del desarrollo de las tres dimensiones del SDPM con mejor ajuste.
5. Desarrollar y contrastar la variable de indefensión médica como antecedente del SDPM.
6. Evaluar el papel de las variables antecedentes en el SDPM.
7. Comprobar la influencia de agotamiento emocional y el distanciamiento laboral sobre los errores y rendimiento médico.
8. Comprobar la influencia de la pérdida de expectativas en los deseos de abandono.

9. Comprobar la influencia del agotamiento en el conflicto trabajo-familia y la relación con la pareja.
10. Evaluar la interacción del distanciamiento psicológico y la satisfacción laboral con las con el SDPM y sus variables antecedentes.

2.2. Hipótesis

2.2.1. Hipótesis general

El proceso de Desgaste Profesional Médico se caracteriza por la interacción de un grupo de variables antecedentes y consecuentes que son moderadas por variables personales.

2.2.2. Hipótesis específicas

1. Las tres escalas evaluadas obtendrán adecuados índices de ajuste y confiabilidad.
2. El agotamiento emocional es la dimensión del SDPM más prevalente, mientras que la pérdida de expectativas es la menos prevalente.
3. Existen diferencias del SDPM en función de las variables sociodemográficas y sociolaborales.
4. El modelo secuencial con mejor ajuste será el de agotamiento emocional-distanciamiento laboral-pérdida de expectativas.
5. La indefensión médica puede considerarse una variable antecedente explicativa del SDPM.
6. La sobrecarga, la presión temporal, el conflicto de rol y los problemas de gerencia y supervisión son antecedentes organizacionales del SDPM.
7. El agotamiento emocional predice los errores y el rendimiento clínico de forma directa y el rendimiento con pacientes de forma indirecta a través del distanciamiento laboral
8. La pérdida de expectativas predice los deseos de abandono de la profesión.

9. El agotamiento emocional tiene un efecto negativo en la satisfacción y la cohesión con la pareja mediado por el conflicto trabajo-familia.
10. El distanciamiento psicológico y la satisfacción laboral amortiguan el efecto de las variables antecedentes en el SDPM.

2.2. Participantes y Procedimiento

El estudio se realizó en un Hospital Público de tercer nivel en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México, que dispone de 670 camas hospitalarias y cuenta con una población aproximada de 450 médicos adscritos y 220 médicos residentes, distribuidos en diferentes horarios de trabajo.

El tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 0,05%, con el total de la población y por especialidad con el objetivo de obtener datos representativos por área. Este cálculo se realizó con una población de 590 médicos, que corresponde al total de la población de las especialidades que se consideraron en el estudio, lo cual dio como resultado 233 participantes. No obstante, la institución solicitó que al menos 50% de los médicos fueran evaluados, por lo que considerando un 20% de deserción, se invitó a participar en el estudio a un total de 413 médicos.

El procedimiento para la recolección de datos se realizó mediante la selección de una persona clave por especialidad. Esta persona, previa presentación del proyecto de investigación, se encargó de explicar el objetivo de la investigación y entregar en sobre cerrado el consentimiento informado y los cuestionarios a cada participante. La colaboración en la investigación fue totalmente voluntaria y confidencial, por lo que el médico podría regresar su sobre cerrado y sin contestar.

De las 413 baterías de instrumentos que se entregaron, la muestra final estuvo compuesta por un total de 317 participantes, sin embargo, se identificaron dos casos atípicos que por ser multivariados, es decir por presentar valores extraños en un conjunto de variables, se eliminaron (Weston & Gore, 2006) y la muestra final estuvo compuesta por 315 médicos. En la tabla 1 se pueden observar los datos con respecto a las características

sociodemográficas; estos datos indica que la distribución porcentual entre mujeres (49.5%) y hombres (50.2%) fue homogénea. La mayoría de los participantes tenían entre 24 y 35 años de edad (46%), tenían pareja (78.1%) y ningún hijo (49.5%). En cuanto al estado civil casi la mitad respondieron ser solteros (48.6%) y la otra mitad casados (43.8%).

La distribución porcentual de la muestra con respecto a la categoría laboral fue equilibrada entre médicos especialistas (59%) y médicos residentes (41%), mientras que existen diferencias porcentuales por especialidad, siendo Pediatría (34.3%) y Ginecología y Obstetricia (20.3%) las especialidades con mayor cantidad de participantes, lo cual puede explicarse debido a que el Hospital en la que se recolectaron los datos es una institución dedicada principalmente a la atención de mujeres y niños.

La mayoría de los médicos que participaron trabajan entre 9 y 12 horas continuas (44.1%) y atiende entre 1 y 10 pacientes (31.1%) y entre 11 y 20 (38.7%).

Tabla 2. *Características sociodemográficas de la muestra (n=315) de médicos*

		Frecuencia (n)	%
Género	Mujer	156	49.5
	Hombre	158	50.2
	No contestado	1	0.3
Edad (X=38.19; SD=12.43) Mín.=24 Max=83	24-35 años	145	46.0
	36-45 años	52	16.5
	46-55 años	44	14.0
	56 años o más	37	11.7
	No contestado	37	11.7

Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra (n=315) de médicos (continuación)

		Frecuencia (n)	%
Relaciones Personales	Con Pareja	246	78.1
	Sin Pareja	69	21.9
Estado Civil	Soltero	153	48.6
	Casado	138	43.8
	Divorciado	22	7.0
	No contestado	2	0.6
Número de Hijos (X=1.08; SD=1.34) Mín.=0 Max=8	Ninguno	156	49.5
	Uno	45	14.3
	Dos	59	18.7
	Más de dos	52	16.5
	No contestado	3	1
Especialidad	Anestesiología	62	19.7
	Medicina Interna	41	13.0
	Cirugía General	40	12.7
	Pediatría	108	34.3
	Ginecología y Obstetricia	64	20.3
Situación Laboral	Residentes	129	41
	Adscritos	186	59
Número de pacientes	1 - 10 pacientes	101	32.1
	11 - 20 pacientes	122	38.7
	Más de 20 pacientes	92	29.2
Porcentaje de tiempo que se interactúa con pacientes	Menos del 20%	17	5.4
	Entre 20% y 40%	47	14.9
	Entre 41% y 60%	101	32.1
	Más del 60%	142	47.8
	No contestado	8	2.5

Tabla 4.

Características sociodemográficas de la muestra (n=315) de médicos (continuación)

		Frecuencia (n)	%
Horas de Trabajo continuo en un día	0 - 8 horas	74	23.5
	9 - 12 horas	139	44.1
	13 - 16 horas	43	13.7
	17 - 20 horas	16	5.1
	21 - 24 horas	43	13.7
Sistema de Guardias Residentes	Sin Guardias	22	17.2
	Cada tres días (ABC)	56	43.4
	Cada cuatro días (ABCD)	39	30.2
	Cada cinco días (ABCDE)	11	8.5
	No contestado	1	0.8
Años de experiencia Adscritos (X=19.27; DS=10.54) Mín.=1 Max=56	1-10 años	48	25.8
	11-20 años	48	25.8
	21-30 años	62	33.3
	31 años o más	26	14.0
	No contestado	2	1.1

2.3. Instrumentos

Para la recolección de datos, se diseñó un protocolo basado en 6 escalas desarrolladas y validadas por diferentes autores, de las cuales se seleccionaron las dimensiones e ítems que, de acuerdo a los objetivos del estudio, evaluaban mejor las variables seleccionadas para este estudio. Adicionalmente, se diseñaron 3 escalas *ad hoc* para evaluar las variables de indefensión, errores médicos y rendimiento médico.

La selección de las variables antecedentes incluidas en el modelo se realizó en colaboración con personal médico de la institución, atendiendo a los factores que en su opinión impactan en su actividad laboral, mientras que en el apartado de consecuentes se incluyeron variables que para la institución de salud es importante atender, así como la familia y la pareja que resultaron ser dos situaciones recurrentes en la consulta del servicio de psicología de la institución. A continuación, se describen los instrumentos seleccionados para la evaluación de todas las variables incluidas en la investigación, esta descripción se dividirá en cuatro partes: Síndrome de Desgaste Profesional Médico (SDPM), antecedentes, consecuentes y variables moderadoras.

Cuestionario de variables sociodemográficas. Desarrollada ad hoc para recabar información de las características demográficas (género, edad, número de hijos, estado civil, pareja, etc.) y sociolaborales (situación laboral, especialidad, número de pacientes que se atiende, horas de trabajo, antigüedad laboral, año de residencia, sistema de guardias, etc.).

2.3.1. Dimensiones del SDPM

- *Cuestionario de Desgaste Profesional Médico CDPM* (Moreno Jiménez, Barbaranelli, Gálvez Herrer, & Garrosa Hernández, 2012). Este cuestionario fue desarrollado mediante la aplicación de entrevistas cualitativas a médicos de atención primaria y especialistas de la Comunidad de Madrid con el objetivo de identificar las manifestaciones del síndrome de desgaste profesional médico desde una perspectiva procesual y transaccional que incluyera estresores específicos de la profesión médica, sus consecuencias y las variables que modulan su aparición. La validación factorial resultó en 4 secciones que incluyen 17 factores evaluados por 4 ítems cada uno, con escala de respuesta tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo).

Para la realización de esta investigación, se utilizó la sección del cuestionario que evalúa el síndrome de desgaste profesional médico, la cual se estructura en tres dimensiones: *agotamiento emocional* ($\alpha=.90$), *distanciamiento laboral* ($\alpha=.77$) y *pérdida de expectativas* ($\alpha=.71$). y considera las puntuaciones entre 1 y 1.99 como nivel bajo de afectación, 2 - 2.99 nivel medio y de 3 a 4 nivel alto.

2.3.2. Variables Antecedentes del SDPM

Las variables antecedentes se evaluaron por algunos de los factores del CDPM, el cual se describió en el párrafo anterior, y adicionalmente se incluyeron escalas de otros autores.

- *Antecedentes del Desgaste Profesional Médico* (Moreno Jiménez, Barbaranelli, Gálvez Herrer, & Garrosa Hernández, 2012). Se seleccionaron los 4 ítems del factor de *presión temporal* ($\alpha=.75$), que evalúa situaciones laborales en la que la toma de decisiones,

dedicación al paciente y desarrollo de objetivos asistenciales se desarrollan con apremio temporal y 4 ítems del factor de *gerencia y supervisión* ($\alpha=.74$), que recoge información sobre las dificultades organizacionales procedentes de demandas de dirección y supervisores inmediatos, englobadas en no tener en cuenta la opinión del médico para la organización del trabajo, percepción de que a los jefes solo les interesan los criterios cuantitativos y económicos y poca respuesta a las peticiones realizadas.

- *Escala de Conflicto y Ambigüedad de Rol*” (Rizzo, House, & Lirtzman, 1970). El cuestionario se construyó con el objetivo de abordar el conflicto y ambigüedad de rol y su relación con variables profesionales y personales, de una forma más operativa y empírica de lo que se había abordado hasta entonces. El análisis factorial de la escala dio como resultado final, dos factores con 8 ítems para conflicto de rol ($\alpha=.81$), y 6 ítems para ambigüedad del rol ($\alpha=.78$). Los ítems se contestan utilizando una escala de respuesta de 7 puntos (1= totalmente falso, 7= totalmente verdadero).

Para este estudio, se seleccionaron 4 ítems de la dimensión de *conflicto de rol*, que evalúan la percepción de tener que hacer cosas que deberían hacerse en forma distinta, la asignación de tareas sin el material necesario para hacerlas, el tratar con dos o más grupos que funcionan de manera diferente y el trabajo en cosas innecesarias. Los ítems fueron retomados de la versión traducida y validada por Martínez, Cifre, y Salanova (1999).

- *Cuestionario de Sobrecarga* (Beehr, Walsh, & Taber, 1976) (Schaubroeck, Cotton, & Jennings, 1989). El cuestionario consta de 2 ítems creados para un estudio en el que se evaluaron las relaciones entre el estrés de rol y los valores personales y profesionales (“creo que no dispongo del tiempo suficiente para terminar mi trabajo” y “a menudo siento que el trabajo que hago es demasiado para una sola persona”) y 2 ítems de un estudio en el

que se prueban los efectos directos e indirectos de la sobrecarga de rol en la satisfacción y compromiso en el trabajo (“tengo demasiado trabajo como para realizarlo todo correctamente” “la cantidad de trabajo que se espera que haga es demasiada”). La escala de respuesta es de 5 puntos en escala LÍkert con alfa de Cronbach de 0.80. Los ítems fueron retomados de la versión traducida y validada por Martínez, Cifre, y Salanova (1999).

- *Cuestionario de indefensión médica*. Este cuestionario ha surgido considerando que una de las motivaciones más importantes de la profesión médica es la motivación por la ayuda (Kukuskar, Ten Cate, Asperen, & Croiset, 2011) es decir, la percepción de que los esfuerzos médicos que se realizan, mejoren la condición del paciente (Pablo González y cols.2004), por lo que cuando a pesar de emprender todas las acciones necesarias, no se logra establecer un diagnóstico claro y/o el tratamiento no produce los resultados esperados, experimentan sentimientos de impotencia contra la enfermedad (Meier et al., 2001) y luchan con la sensación de indefensión (Henderson, 2010). La escala consta de 5 reactivos en escala Likert del 0 (Nunca) al 3 (Siempre), desarrollados *ad hoc*, cuya redacción se realizó atendiendo al aspecto emocional de la indefensión (Back et al., 2015).

2.3.3. Variables Consecuentes del SDPM

La descripción de los cuestionarios seleccionados para evaluar los consecuentes, incluyen dos de los instrumentos diseñados *ad hoc* para esta investigación, así como cuestionarios diseñados y validados por otros autores.

Cuestionario de rendimiento médico. El cuestionario fue diseñado *ad hoc*, con el objetivo de evaluar la percepción que tiene el médico acerca de su rendimiento. Para el desarrollo de este cuestionario se tomó como base el Cuestionario del Desempeño Médico PAR por sus siglas en inglés (Hall, y otros, 1999), el cual fue creado para evaluar periódicamente el rendimiento de todos los médicos con licencia de Alberta y actualmente es uno de los instrumentos más utilizado, debido a su cuerpo sustancial de investigación rigurosa (Donnon et al., 2014). De este instrumento se seleccionaron 4 ítems del apartado de autoevaluación ($\alpha=.95$), dos que evalúan la percepción de rendimiento con respecto al diagnóstico y tratamiento y dos que abordan la comunicación y problemas psicosociales de los pacientes, adicionalmente se elaboró *ad hoc* 1 ítem sobre el control y manejo de las relaciones con los pacientes y 3 que abordan la interpretación de pruebas médicas, la selección de procedimientos y la intervención quirúrgica. El cuestionario final, consta de 8 ítems en escala Likert del 0 (nunca) al 3 (siempre) que evalúan el rendimiento en los últimos seis meses de ejercicio profesional. En el apartado de resultados se describen las características de la escala de acuerdo al análisis factorial.

- *Cuestionario de errores médicos.* Cuestionario diseñado *ad hoc* en función de la revisión bibliográfica sobre la clasificación de errores y tomando como punto de partida la encuesta a 639 pacientes, realizada por Fundación Nacional de Seguridad del Paciente de la Asociación Americana de Medicina (Harris & Associates, 1997). La propuesta inicial del instrumento, evalúa la frecuencia con la que, en los últimos 6 meses, se han cometido 7 diferentes errores: diagnóstico, medicación, procedimiento médico, administrativo, comunicación con el paciente, pruebas médicas y uso del equipo. El análisis factorial que se describe a detalle en el apartado de resultados, revela una estructura de dos factores.

- *Deseos de abandono* (Moreno Jiménez, Barbaranelli, Gálvez Herrer, & Garrosa Hernández, 2012). Esta variable fue retomada del apartado de consecuentes del cuestionario del SDPM, descrito previamente en el primer apartado de los instrumentos. El factor de deseos de abandono ($\alpha=0.91$), incluye 4 ítems que identifican la existencia de ideas sobre el abandono de la práctica profesional o deseos de cambio de servicio entre los facultativos.
- *Cuestionario de interacción trabajo-familia Nijmegen: SWING*, por sus siglas en inglés. (Geurts, Toon, Kompier, Van Hooff, & Kinnunen, 2005). La creación de este instrumento tuvo el objetivo de mejorar las medidas de evaluación del conflicto trabajo-familia existentes hasta ese momento, ampliando su concepto con la inclusión de la distinción entre dirección y calidad de la interacción que existe entre el trabajo y la familia. El instrumento final se conforma de 22 ítems con escala de respuesta Likert de 0 (nunca) a 3 (siempre), que proponen la existencia de 4 factores: Interacción positiva ($\alpha=0.84$) y negativa ($\alpha=0.75$) trabajo-familia e interacción positiva ($\alpha=0.75$) y negativa ($\alpha=0.81$) familia-trabajo. Para este estudio se seleccionaron 4 ítems que evalúan el grado en el que las situaciones laborales dificultan relajarse y atender la pareja, familia y/o amigos. Los ítems se retomaron la escala traducida y validada por Moreno Jiménez, Sanz Vergel, Rodríguez Muñoz y Geurts (2009).
- *Escala de Ajuste Diádico* (Spanier, 1976). Fue diseñada para evaluar la calidad de parejas que conviven, ya sea casadas o no. La escala consta de 32 ítems divididos en cuatro subescalas que sumadas dan el puntaje total de satisfacción ($\alpha=0.96$). La subescala de consenso, consta de 13 ítems que abordan el grado de acuerdo en la pareja, respecto a temas relevantes para ellos (manejo de las finanzas, relación con familia de origen,

esparcimiento, etc.). La subescala de expresión de afecto con 4 ítems, se relaciona con el grado en que la pareja está satisfecha con la expresión de afecto dentro de la relación y con la satisfacción en las relaciones sexuales. La subescala de Cohesión con 5 ítems, indica el grado en que la pareja se involucra en actividades en común y la subescala satisfacción que con 10 ítems hace referencia al grado de satisfacción de la pareja en el presente, y su grado de compromiso a permanecer en la relación.

Para este estudio, se seleccionaron 4 ítems del factor *Cohesión* en escala tipo Likert del 1 (todo el tiempo) al 6 (nunca) y 4 ítems del factor *Satisfacción*, escala Likert del 1 (nunca) al 5 (muy a menudo). La escala fue validada en español por Cuenca y Graña (2013) confirmando la estructura factorial del instrumento original, con buenos niveles de consistencia interna (consenso .90, expresión de afecto .96, cohesión: .86 y satisfacción .94).

2.3.4. Variables Moderadoras del SDPM

- *Cuestionario de Experiencias de Recuperación* (Sonnentag & Fritz, 2007). La construcción de los ítems se creó en base a las definiciones originales de las experiencias de recuperación y una vez realizada la validez de contenido, el cuestionario se aplicó a 991 personas de una gran variedad de organizaciones públicas y privadas como hospitales, escuelas y compañías. El análisis factorial confirmatorio, dió como resultado un cuestionario de 16 ítems divididos en cuatro factores: *distanciamiento psicológico*, descrita como una sensación personal de alejamiento del trabajo, *relajación*, que se refiere a las actividades de ocio que se realizan después del trabajo, *búsqueda de retos* asociada con actividades que proporcionan

experiencias de desafío y aprendizaje y *control sobre el tiempo libre*, referente a la capacidad para elegir entre varias actividades, una.

Para esta investigación se seleccionaron los 4 ítems del factor de distanciamiento psicológico ($\alpha=0.87$), en su versión en español (Sanz-Vergel, y otros, 2010) con formato de respuesta Likert de 1 (Totalmente en desacuerdo) al 5 (Totalmente de acuerdo).

- *Satisfacción laboral general* (Warr, Cook, & Wall, 1979). Ésta escala fue creada en base a un primer estudio, en el que se realizaron entrevistas con ítems basados en la revisión de la literatura, a partir de los cuales, se seleccionaron para un segundo estudio, 15 ítems que permiten obtener una puntuación de la satisfacción laboral general. Esta escala a su vez se divide en dos dimensiones: la dimensión de satisfacción extrínseca ($\alpha=0.85$), cuyos ítems incluyen la evaluación del horario, el sueldo, las relaciones con compañeros y jefe y las condiciones físicas y de seguridad del trabajo; y la dimensión de *satisfacción laboral intrínseca* ($\alpha=0.88$) que incluye la satisfacción con la posibilidad del uso de capacidades, la variedad de las tareas, la libertad para elegir el propio método de trabajo, la responsabilidad y el reconocimiento que se recibe. Para este estudio se seleccionaron 4 reactivos con escala Likert de 1 (muy insatisfecho) a 7 (muy Satisfecho) retomados de la dimensión de satisfacción laboral intrínseca traducida por Pérez Bilbao y Fidalgo Vega (1995) con coeficiente alpha entre 0.79 y 0.85.

Capítulo 3.

Resultados

El apartado de resultados se dividirá en cinco secciones, en la *primera sección* se describe la validación de las escalas, en la *segunda sección* se expondrán los análisis descriptivos de las variables evaluadas, el análisis de correlaciones y el análisis multivariado con las variables sociodemográficas. En la *tercera sección*, en base a los principales modelos secuenciales presentados en el apartado teórico se comparará el desarrollo secuencial del SDPM. Posteriormente, en la *cuarta sección*, tomando como base el modelo procesual del Síndrome de Desgaste Profesional Médico (SDPM) (figura 4) que, como se expuso en el apartado teórico, incluye variables antecedentes, consecuentes y moderadoras en el SDPM, se expondrá un modelo general de ecuaciones estructurales que incluye todas las variables antecedentes, consecuentes y moderadoras y finalmente en la *quinta sección* se incluyen 3 modelos que tienen como objetivo, describir los efectos directos, indirectos de diferentes grupos de variables así como su interacción con las variables moderadoras, siempre en base al modelo teórico.

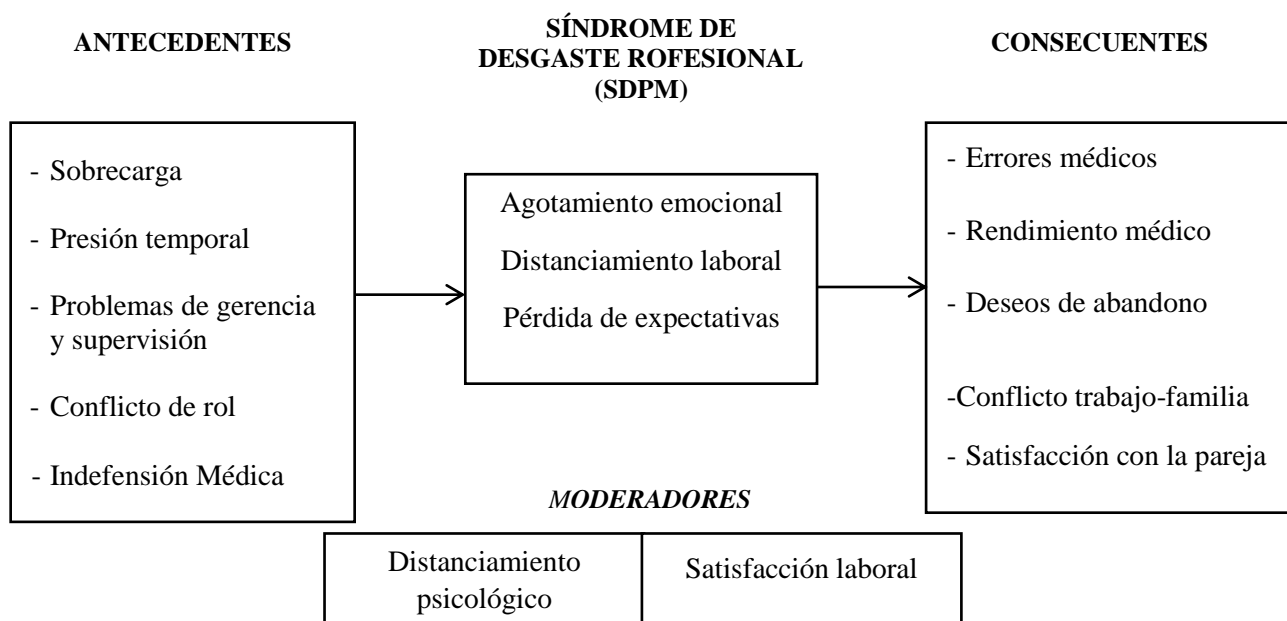


Figura 4. *Modelo procesual y transaccional del síndrome de desgaste profesional médico.*

Validación de Escalas

3.1. Procedimiento general

Con el objetivo de validar las puntuaciones de las escalas utilizadas, se realizó análisis factorial exploratorio y confirmatorio de las escalas de nueva creación. Los datos fueron analizados mediante el programa Mplus 7 (Muthén y Muthén, Los Angeles, California).

Para la realización de los análisis factoriales de las escalas: Errores Médicos, Rendimiento Médico e Indefensión Médica, la muestra total (n=315) fue dividida aleatoriamente en dos muestras, una para análisis exploratorio (n=152) y otra para confirmatorio (n=163).

El supuesto de normalidad en los datos se comprobó con el Test contraste bilateral de Mardia de asimetría y curtosis multivariada, el cual mostró significancia estadística ($p < .001$), indicando con ello violación de la normalidad (Wang y Wang, 2012), por lo que se emplearon métodos robustos en todos los análisis.

Previo al análisis factorial exploratorio, se evaluó el grado de adecuación de la matriz con la prueba Kaiser-Meyer-Olkin, considerado valores por encima de .80 como satisfactorios (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza, & Tomás-Marco, 2014) y la multicolinealidad con valores iguales o superiores de .90 en la matriz de correlación (Pérez & Medrano, 2010).

La rotación fue oblicua mediante el método CF-equamax, desarrollado para distribuir equitativamente las varianzas entre los factores y minimizar las cargas cruzadas, reproduciendo estructuras más simples (Schmitt & Sass, 2010). El método de extracción se seleccionó en función de las características de cada instrumento.

El ajuste del modelo se evaluó mediante cuatro indicadores, el Comparative Fit Index (CFI), el Tucker-Lewis Index (TLI), con valores iguales o mayores a 0,90 y el Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) y el Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA), con valores iguales o menores a 0,08 (Wang y Wang, 2012). La chi cuadrada no se incluye como indicador de ajuste, debido a que además de ser sensible al tamaño de la muestra (Byrne, 2011) sus resultados no son confiables con los métodos de extracción que se utilizaron (Muthén y Muthén, Los Angeles, California).

Para la inclusión de los ítems, la saturación elegida fue con un valor superior a .40 (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza, y Tomás-Marco, 2014). Finalmente, se comprobó la fiabilidad de todas las escalas mediante el Alpha de Cronbach, considerando valores iguales o superiores a .70 como satisfactorios (Cortina, 1993).

3.2. Escala de Errores Médicos

3.2.1. Análisis factorial exploratorio

El grado de adecuación de la matriz obtuvo un valor de KMO=.82, satisfactorio para continuar con el análisis. En la tabla 3 se muestra que las correlaciones entre los ítems oscilan entre .429 y .714 ($p<.01$), descartando multicolinealidad. Se utilizó el método de Máxima Verosimilitud Robusta (MLR), recomendado para datos que no cumplen con el supuesto de normalidad y para muestras pequeñas y medianas (Wang & Wang, 2012).

El análisis exploratorio reflejó que los 7 ítems de la escala se agrupan en una estructura bifactorial, con índices de ajuste adecuados RMSEA=0.069, CFI=0.981, TLI=0.951 y SRMR=0.021. El factor 1, denominado “Errores Clínicos” está compuesto por los ítems 1, 2, 3 y 6 y el factor 2 denominado “Errores No Clínicos” está formado por los ítems 4, 5 y 7 (Ver tabla 3.1). El análisis de fiabilidad del total de ítems que compone la escala ($\alpha =.903$), el de factor de errores clínicos ($\alpha =.848$) y el de no clínicos ($\alpha =.797$), fue adecuado.

Tabla 3.

Análisis descriptivos y correlación de Pearson entre los ítems de la escala Errores Médicos

	M	SD	1	2	3	4	5	6
Ítem 1	.88	1.01						
Ítem 2	.60	.93	.714**					
Ítem 3	.66	.99	.573**	.639**				
Ítem 4	.89	1.21	.574**	.539**	.465**			
Ítem 5	.90	1.18	.548**	.499**	.429**	.670**		
Ítem 6	.56	.90	.546**	.517**	.509**	.649**	.657**	
Ítem 7	.32	.69	.476**	.482**	.492**	.552**	.573**	.618**

* $p<.05$; ** $p<.01$.

Tabla 3.1

Estructura factorial exploratoria de la escala de Errores Médicos

Ítems	Factores	
	1	2
1. Error de diagnóstico.	0.819	0.637
2. Error de medicación.	0.833	0.499
3. Error durante algún procedimiento médico (ejemplo proceso quirúrgico, colocación de catéter, intubación, etc.).	0.704	0.527
4. Error administrativo (ejemplo mezclar expedientes, completar órdenes para estudios incorrectamente).	0.695	0.765
5. Error de comunicación (ejemplo información inadecuada o incompleta al paciente).	0.513	0.915
6. Error con pruebas médicas (ejemplo inadecuada interpretación y/o solicitud de prueba).	0.774	0.721
7. Mal uso del equipo.	0.569	0.715

3.2.2. Análisis factorial confirmatorio

El análisis factorial confirmatorio se llevó a cabo mediante el método de Máxima Verosimilitud Robusta (MLR), se probaron 4 diferentes modelos: el *modelo 1* fue unifactorial, el *modelo 2* fue de dos factores no relacionados, el *modelo 3* fue el que reproduce el análisis factorial exploratorio de dos factores relacionados y el *modelo 4* de dos factores y uno de segundo orden.

En la tabla 3.2 se muestran los valores de ajuste de los cuatro modelos probados. El modelo con valores de ajuste más adecuados fue el de dos factores relacionados, el cual se muestra en la figura 5.

Tabla 3.2

Índices de ajuste para los modelos de la escala de errores médicos

	<i>RMSEA</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>SRMR</i>
Un Factor	0.090	0.939	0.908	0.045
Dos factores no relacionados	0.180	0.755	0.632	0.330
Dos factores relacionados	0.082	0.952	0.923	0.042
Dos factores independientes con uno de segundo orden	0.157	0.799	0.718	0.295

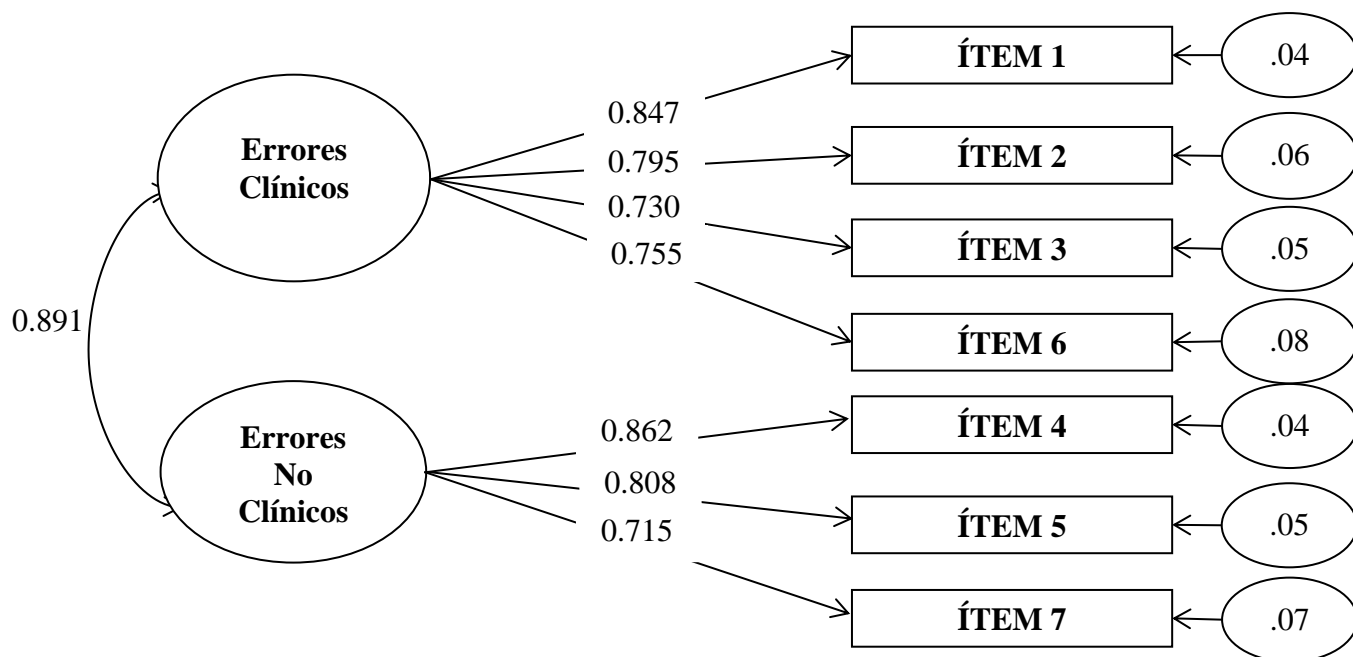


Figura 5. Diagrama con carga factorial y errores estandarizados para los ítems de la escala errores médicos.

3.3. Escala de Rendimiento Médico

3.3.1. Análisis factorial exploratorio

Los 8 ítems de la escala de rendimiento médico, que se muestran en la Tabla 4, correlacionan entre sí con puntuaciones entre .406 y .698 ($p<.01$) y la puntuación en la prueba de KMO es de .86 valores considerados como satisfactorio para continuar con el análisis factorial exploratorio.

Tabla 4.

Análisis descriptivos y correlación de Pearson entre los ítems de la escala rendimiento médico

	M	SD	1	2	3	4	5	6	7
Ítem 1	2.49	.53							
Ítem 2	2.55	.49	.543**						
Ítem 3	2.53	.57	.631**	.605**					
Ítem 4	2.44	.68	.560**	.424**	.558**				
Ítem 5	2.56	.53	.631**	.519**	.659**	.512**			
Ítem 6	2.53	.61	.457**	.294**	.472**	.338**	.543**		
Ítem 7	2.28	.73	.406**	.279**	.413**	.371**	.356**	.519**	
Ítem 8	2.50	.63	.409**	.294**	.521**	.390**	.440**	.695**	.698**

* $p<.05$; ** $p<.01$.

Atendiendo a la escala de respuesta de los ítems, de 4 categorías, se utilizó el método de extracción robusto de mínimos cuadrados ponderados (WLSMV) (Byrne, 2011). En la tabla 4.1 se muestra que los ítems que evalúan el rendimiento en el diagnóstico, tratamiento y procedimientos médicos (1, 2, 3, 4 y 5) se agrupan en un factor que se denominó “Rendimiento

Clínico” ($\alpha = .83$), y los ítems 6, 7 y 8 se agruparon en el factor “Rendimiento con los pacientes” ($\alpha = .82$) con buenos índices de ajuste: RMSEA=0.064, SRMR=0.030, CFI=0.996 y TLI=0.991.

El análisis la fiabilidad de la escala obtuvo un Alpha de Cronbach de .89.

Tabla 4.1

Estructura factorial exploratoria de la escala de Rendimiento Médico

Ítems	Factores	
	1	2
1. He elegido adecuadamente las pruebas de diagnóstico médico.	0.867	0.597
2. Los tratamientos que he elegido para la mayoría de los pacientes han sido efectivos.	0.845	0.428
3. Los procedimientos por los que he optado para intervenir en la salud han dado resultado.	0.929	0.639
4. He acertado cuando he propuesto una intervención quirúrgica.	0.740	0.543
5. La interpretación de las pruebas y análisis clínicos han sido correctas.	0.873	0.613
6. Mis niveles de comunicación con los pacientes ha sido efectivo.	0.595	0.805
7. La gestión de los problemas psicosociales complejos de los pacientes ha sido acertada.	0.461	0.805
8. El control y manejo de mis relaciones con los pacientes ha sido eficaz.	0.499	1.037*

*Nota. Los coeficientes estandarizados pueden ser mayores de 1,0 en magnitud, sin que esto sea necesariamente un problema, aunque podrían indicar multicolinealidad (Jöreskog, 1999).

3.3.2. Análisis factorial confirmatorio

En el análisis factorial confirmatorio se probaron 3 modelos diferentes, el método utilizado fue robusto de mínimos cuadrados ponderados (WLSMV). En la tabla 4.2. se observa que el modelo con mejor ajuste fue el de dos factores relacionados. La estructura factorial final se muestra en la figura 6.

Tabla 4.2

Índices de ajuste para los modelos de la escala de rendimiento médico

	<i>RMSEA</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>
Un Factor	0.124	0.961	0.946
Dos factores no relacionados	0.379	0.640	0.496
Dos factores relacionados	0.047	0.995	0.992

Nota. El SRMR no se incluye debido a que el análisis confirmatorio con el método WLSMV no calcula éste índice.

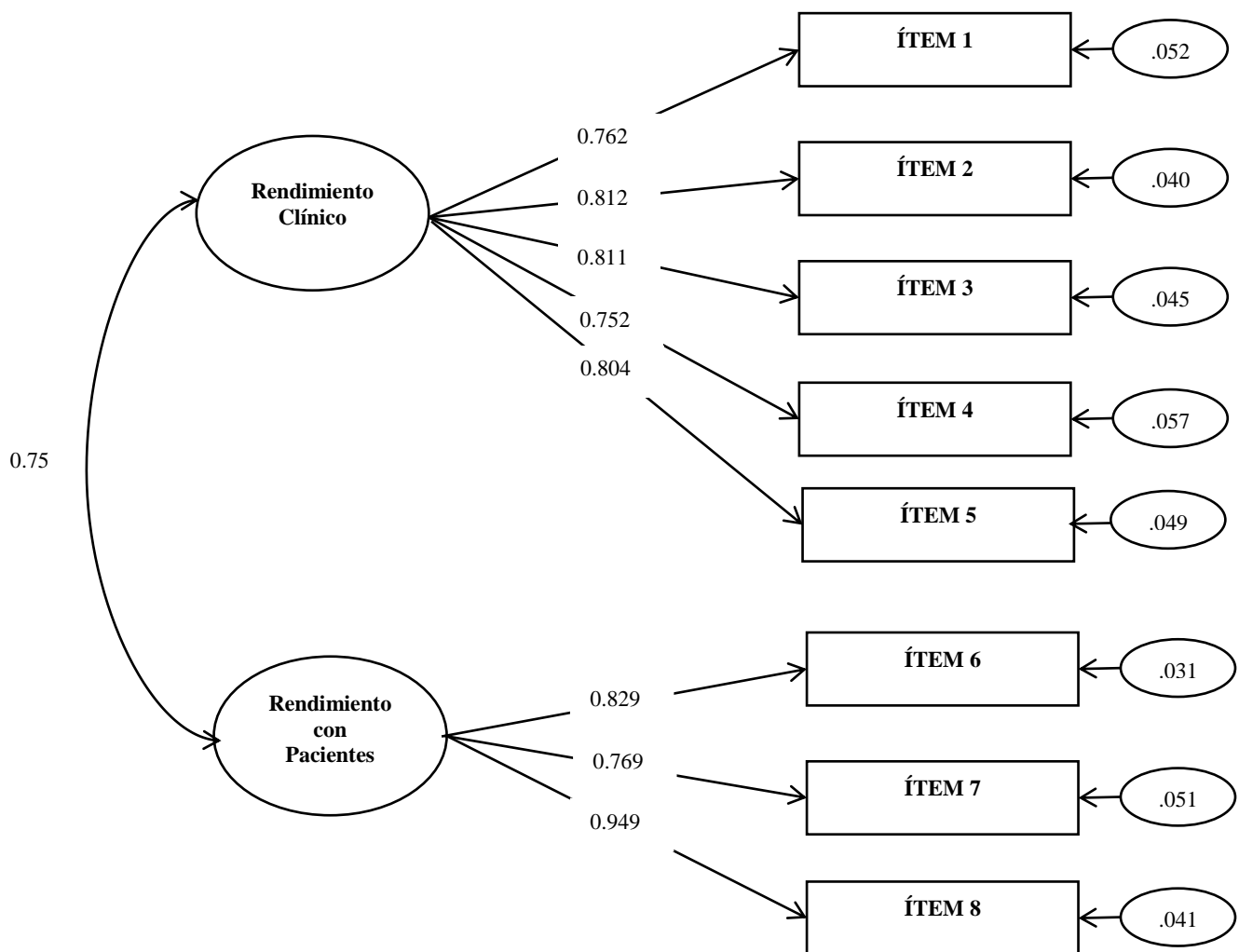


Figura 6. Diagrama con carga factorial y errores estandarizados para los ítems de la escala de rendimiento médico.

3.4. Escala de Indefensión Médica

3.4.1. Análisis factorial exploratorio

El grado de adecuación de la matriz de valores fue de $KMO=.87$ y las correlaciones entre los 5 ítems se encuentra entre $.773$ y $.513$ ($p<.01$) (ver tabla 5), permitiendo continuar con el análisis.

El análisis exploratorio con el método robusto de mínimos cuadrados ponderados (WLSMV), reflejó una estructura unifactorial, con índices de ajuste satisfactorios $RMSEA=0.021$, $CFI=1.00$, $TLI=1.00$ y $SRMR=0.018$. En la tabla 5.1 se muestran los pesos factoriales para cada ítem. El análisis de consistencia interna obtuvo una Alpha de Cronbach, de $.86$.

Tabla 5

Análisis descriptivos y correlación de Pearson entre los ítems de la escala indefensión médica

	M	SD	1	2	3	4
Ítem 1	1.02	.83				
Ítem 2	1.00	.89	.625**			
Ítem 3	1.03	.94	.619**	.741**		
Ítem 4	.84	.85	.659**	.720**	.773**	
Ítem 5	1.09	.87	.546**	.640**	.669**	.637**

* $p<.05$; ** $p<.01$.

Tabla 5.1

Estructura factorial exploratoria de la escala de Indefensión Médica

Ítems	Factor
1. Cuando los signos y síntomas del paciente no me permiten establecer un diagnóstico claro me siento desorientado.	0.789
2. Cuando los medicamentos que se administran al paciente no dan los resultados esperados, me agobio.	0.877
3. Que el paciente no responda al tratamiento médico me produce frustración.	0.930
4. Cuando una intervención médica no produce los efectos esperados me siento indefenso.	0.933
5. Cuando busco repetidamente y no encuentro información médica que mejore de verdad al paciente me siento impotente.	0.806

3.4.2. Análisis factorial confirmatorio.

El análisis factorial confirmatorio para la estructura unifactorial obtuvo índices de ajuste satisfactorios RMSEA=0.000, CFI=1.00, TLI=1.00 y SRMR=0.02. En la figura 7 se encuentra las cargas factoriales y errores estandarizados.

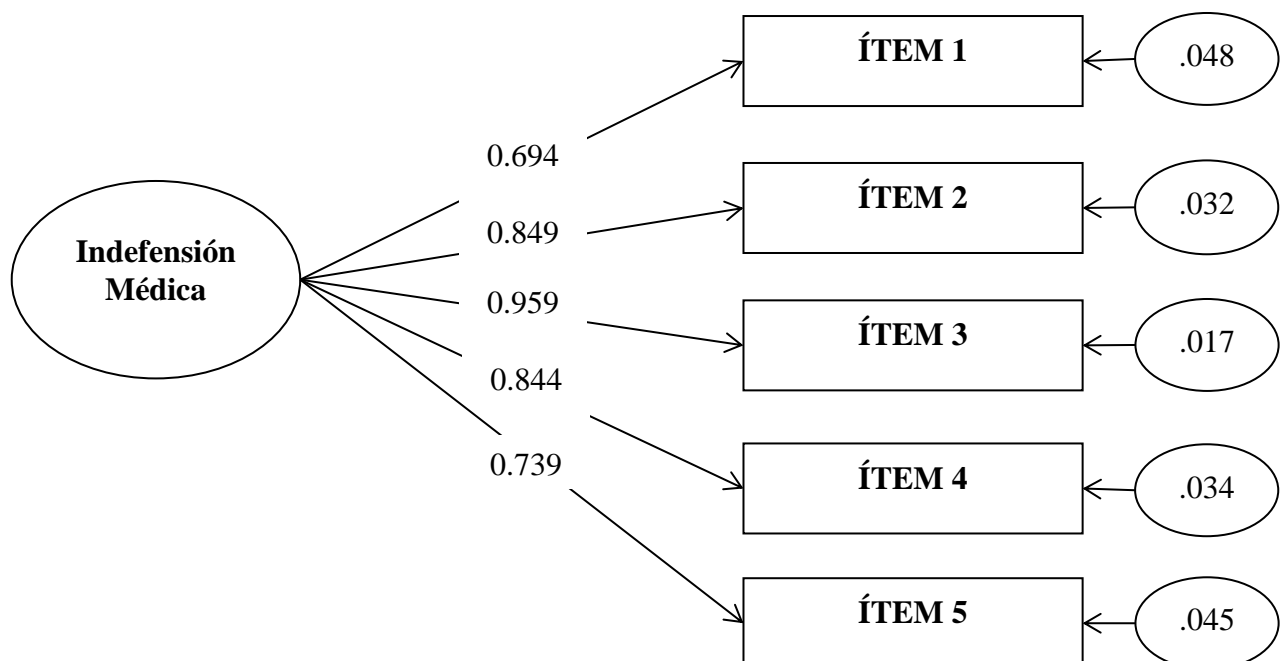


Figura 7. Diagrama con carga factorial y errores estandarizados para los ítems de la escala de indefensión médica.

Análisis Descriptivos y de Correlación

3.5. Análisis Descriptivos

En la tabla 7 se describen la media, desviación estándar, asimetría y curtosis en cuatro bloques: Antecedentes, síndrome, consecuentes y moderadores.

Tabla 7
Análisis descriptivos de las variables

	Media	Desviación típica	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
<i>Antecedentes</i>						
Sobrecarga	2.851	1.215	.116	-1.015	1.00	5.00
Presión Temporal	2.675	.789	-.276	-.619	1.00	4.00
Problemas de gerencia y supervisión	2.316	.817	.174	-.795	1.00	4.00
Conflicto de Rol	3.534	1.636	.197	-.823	1.00	7.00
<i>Indefensión Médica</i>						
	.993	.719	.548	-.151	0.00	3.00
<i>Síndrome de desgaste profesional</i>						
Agotamiento emocional	2.193	.928	.305	-.972	1.00	4.00
Distanciamiento laboral	1.651	.668	1.094	.839	1.00	4.00
Pérdida de Expectativas	1.986	.721	.582	-.059	1.00	4.00
Síndrome de Desgaste Profesional	1.944	.664	.557	-.151	1.00	4.00
<i>Consecuentes</i>						
Errores Clínicos	.670	.798	1.562	2.121	0.00	5.00
Errores No Clínicos	.706	.892	1.677	2.717	0.00	5.00
Rendimiento Clínico	2.515	.436	-.548	-.523	0.00	3.00
Rendimiento Pacientes	2.150	.543	-.620	-.597	0.00	3.00
Deseos de Abandono	.664	.990	1.686	2.265	0.00	4.00
<i>Moderadores</i>						
Conflicto Trabajo Familia	1.127	.841	.345	-.809	0.00	3.00
Cohesión con la pareja	4.177	.853	-1.227	1.518	1.00	5.00
Satisfacción con la pareja	4.855	.863	-1.156	2.136	1.00	6.00
<i>Moderadores</i>						
Satisfacción Laboral	5.382	1.065	-.824	1.068	1.00	7.00
Distanciamiento Psicológico	3.517	1.053	-.380	-.748	1.00	5.00

En base a los puntos de corte del cuestionario original, en la tabla 7.1 se muestra que el 60% (n=190) de la población presentó impacto en la dimensión agotamiento emocional, el 34% (n=106) en distanciamiento laboral y el 54% (n=171) en pérdida de expectativas. En cuanto a la puntuación global del síndrome de desgaste profesional médico, se puede observar que el 53% (n=168) presenta un nivel bajo de afectación, el 40% (n=124) nivel medio y el 7% (n=23) nivel alto. En cuanto a la puntuación global del síndrome de desgaste profesional médico, se puede observar que el 53% (n=168) presenta un nivel bajo de afectación, el 40% (n=124) nivel medio y el 7% (n=23) nivel alto.

Tabla 7.1

Distribución por nivel de las dimensiones del síndrome de desgaste profesional médico

Dimensión	Nivel					
	Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%
Agotamiento emocional	125	40	115	36	75	24
Distanciamiento laboral	209	66	87	28	19	6
Pérdida de expectativas	144	46	133	42	38	12
SDPM	168	53	124	40	23	7

En cuanto a la variable errores médicos, en los seis meses anteriores a la evaluación, el 54.9% de los médicos reportó haber cometido al menos un error asociado al diagnóstico, el 49.5% en la comunicación al paciente, el 48.8% administrativo, el 41.3% en algún procedimiento médico, el 39% en la medicación, el 36.8% en pruebas médicas y el 22.5% en uso de equipo médico. Los errores que se cometen en mayor número de veces son los asociados a comunicación al paciente (284 errores) y procesos administrativos (282 errores). En la tabla 7.2 se muestra la distribución porcentual por número de veces en la que los médicos han cometido los siete errores evaluados.

Tabla 7.2
Distribución porcentual por número de veces de 7 errores médicos

	Número de veces												Total
	0		1		2		3		4		5		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Diagnóstico	142	45.1	115	36.5	33	10.5	18	5.7	4	1.3	3	.3	184
Medicación	192	61	78	24.8	27	8.6	13	4.1	4	1.3	1	.3	138
Procedimiento Médico	185	58.7	83	26	26	8.3	13	4.1	6	1.9	2	.6	208
Pruebas Médicas	161	51.1	72	22.9	30	9.5	11	3.5	1	.3	2	.6	176
Administrativo	159	50.5	82	26	40	12.7	16	5.1	8	2.5	8	2.5	282
Comunicación paciente	199	63.2	82	26	39	12.4	22	7	7	2.2	6	1.9	284
Mal uso del equipo	244	77.5	20	15.9	12	3.8	8	2.5	1	.3	0	0	102

3.6. Análisis de correlación

El análisis de correlación en el que se incluyeron las variables agrupadas en cuatro bloques se muestra en la tabla 7.3 y se resume a continuación.

Las variables *antecedentes*: sobrecarga, presión temporal, conflicto de rol, problemas de gerencia y supervisión e indefensión médica correlacionan todas las dimensiones del síndrome de desgaste profesional con puntuaciones de $r=.348$ a $r=.649$ ($p<.01$). Tanto agotamiento emocional ($r=.649$; $p<.01$), como pérdida de expectativas ($r=.593$; $p<.01$), se relacionan especialmente con la sobrecarga, mientras que distanciamiento laboral se relaciona con más intensidad con conflicto de rol ($r=.507$; $p<.01$).

Los errores ($r=.308$ a $r=.536$) y el rendimiento médico ($r=-.241$ a $r=-.419$) correlacionan ($p<.01$) con todas las variables *antecedentes* del síndrome, especialmente con indefensión médica. Tanto errores como rendimiento muestran correlaciones con las tres dimensiones del síndrome. En el caso de los errores clínicos, la correlación con mayor fuerza

se da con el agotamiento emocional ($r=.417;p<.01$), mientras los errores no clínicos lo hacen con el distanciamiento laboral ($r=.366;p<.01$). El rendimiento clínico correlaciona con más potencia con agotamiento emocional ($r=-.330;p<.01$) y el rendimiento con pacientes con distanciamiento laboral ($r=-.340;p<.01$).

Los deseos de abandono correlacionan con todas las variables antecedentes particularmente con indefensión ($r=.344$ a $r=.466$) y con los tres factores del síndrome ($r=.417$ a $r=.517$).

Conflicto trabajo-familia correlacionan en especial con presión temporal ($r=.609;p<.01$) y agotamiento emocional ($r=.720;p<.01$). Satisfacción con la pareja se correlaciona con las tres dimensiones con valores de $r=.218$ a $r=.264$ ($p<.01$) y con todos los antecedentes con valores de $r=.170$ a $r=.299$ ($p<.01$). Mientras que cohesión con la pareja solo correlacionó significativamente con indefensión médica ($r=-.269;p<.01$).

El distanciamiento psicológico (dimensión de la recuperación al estrés) correlaciona principalmente con indefensión médica ($r=-.359;p<.01$) y conflicto trabajo-familia ($r=-.471;p<.01$) y satisfacción laboral con sobrecarga ($r=-.447;p<.01$) y agotamiento emocional ($r=-.444;p<.01$) y deseos de abandono ($r=.427;p<.01$).

Análisis de Correlación

Tabla 7.3

Análisis de correlación de todas las variables incluidas en el modelo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.Agotamiento emocional	1																
2.Distanciamiento laboral	.543**	1															
3.Pérdida de Expectativas	.616**	.667**	1														
4.Sobrecarga	.649**	.496**	.593**	1													
5.Presión temporal	.614**	.441**	.546**	.695**	1												
6.Conflicto de Rol	.522**	.507**	.577**	.688**	.610**	1											
7.Gerencia y Supervisión	.459**	.431**	.562**	.562**	.649**	.656**	1										
8.Indefensión Médica	.495**	.348**	.426**	.470**	.457**	.449**	.348**	1									
9.Errores Clínicos	.417**	.385**	.353**	.466**	.431**	.463**	.326**	.536**	1								
10.Errores no Clínicos	.352**	.366**	.318**	.399**	.330**	.433**	.308**	.444**	.747**	1							
11.Rendimiento Clínico	-.330**	-.250**	-.234**	-.354**	-.347**	-.369**	-.251**	-.419**	-.538**	-.467**	1						
12.Rendimiento Pacientes	-.276**	-.340**	-.279**	-.289**	-.336**	-.312**	-.241**	-.407**	-.370**	-.471**	.568**	1					
13.Deseos de abandono	.517**	.477**	.417**	.422**	.344**	.426**	.293**	.466**	.430**	.319**	-.268**	-.280**	1				
14.Conflicto Trabajo-Familia	.720**	.486**	.503**	.565**	.609**	.513**	.364**	.576**	.461**	.405**	-.400**	-.421**	-.412**	1			
15.Cohesión Pareja	-.103	-.069	-.069	-.048	-.013	-.027	-.007	-.269**	-.148*	-.248**	.166**	.236**	-.094	-.233	1		
16.Satisfacción Pareja	-.246**	-.264**	-.218**	-.213**	-.170**	-.185**	-.176**	-.299**	-.239**	-.304**	.179**	-.222**	.098	-.270**	.596**	1	
17.Distanciamiento Psicológico	-.298**	-.137*	-.140*	-.222**	-.246**	-.166**	-.064	-.359**	-.309**	-.237**	.317**	.286**	-.194**	-.471**	.211**	.110	1
18.Satisfacción Laboral	-.444**	-.334**	-.385**	-.447**	-.371**	-.427**	-.403**	-.329**	-.263**	-.199**	.299**	.256**	-.427**	-.349**	.077	.098	.234**

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

3.7. Análisis multivariado (MANOVA)

Con el objetivo de identificar las posibles diferencias en las variables utilizadas en función de las variables sociodemográficas, se realizaron análisis de varianza multivariante (MANOVA) y se incluyeron pruebas de contrastación de medias mediante Bonferroni, considerada una prueba robusta que controla la tasa de error global (Field , 2013). Todos los análisis incluyeron como variables independientes sexo, edad, estado civil, relaciones personales, número de hijos, condición laboral, especialidad, horas de trabajo, número y porcentaje de interacción con los pacientes.

En el primer MANOVA incluyó como variables dependientes la sobrecarga, la presión temporal, el conflicto de rol, los problemas de gerencia y supervisión y la indefensión médica. Los resultados reportan que solo existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la condición laboral, es decir entre médicos residentes y médicos adscritos (tabla 7.4). En el análisis de contrastación de medias, se identificó que los médicos residentes obtuvieron medias superiores a los médicos adscritos en todas las variables evaluadas como antecedentes del SDPM (tabla 7.5)

Tabla 7.4

Valores significativos del MANOVA para las variables antecedentes del SDPM

Condición Laboral	Valor	F	Gl hipótesis	Gl error	Sig.
Traza de Pillai	.084	4,419	5	240	.001
Lambda de Wilks	.916	4,419	5	240	.001
Traza de Hotelling	.092	4,419	5	240	.001
Raíz mayor de Roy	.092	4,419	5	240	.001

Tabla 7.5

Contrastación de variables Bonferroni para los antecedentes y la condición laboral.

Variable dependiente	Media		Diferencia de medias	Error típ.	Sig.
	Residente	Adscrito			
Presión Temporal	3.09	2.39	.699*	.168	.000
Sobrecarga	3.46	2.54	.912*	.251	.000
Conflicto de rol	4.17	3.09	1.086*	.356	.003
P. de gerencia y supervisión	2.74	2.04	.703*	.183	.000
Indefensión médica	1.43	.955	.477*	.164	.004

En un segundo MANOVA, se incluyeron los tres factores del SDPM como variables dependientes, y los resultados indicaron que existen diferencias significativas, con respecto a las variables condición laboral y especialidad (Tabla 5.6).

Tabla 7.6

Valores significativos del MANOVA para las los tres factores del SDPM

	Valor	F	Gl hipótesis	Gl error	Sig.
<i>Condición Laboral</i>					
Traza de Pillai	.058	5.183	3.000	251.000	.002
Lambda de Wilks	.942	5.183	3.000	251.000	.002
Traza de Hotelling	.062	5.183	3.000	251.000	.002
Raíz mayor de Roy	.062	5.183	3.000	251.000	.002
<i>Especialidad</i>					
Traza de Pillai	.125	2.752	12.000	759.000	.001
Lambda de Wilks	.877	2.805	12.000	664.375	.001
Traza de Hotelling	.137	2.847	12.000	749.000	.001
Raíz mayor de Roy	.112	7.092	4.000	253.000	.000

La prueba de contrastación de medias identifica a los médicos residentes con medias superiores a los médicos adscritos en las tres dimensiones del síndrome (Tabla 7.7), lo cual resulta acorde al modelo teórico planteado, dado que como se muestra en el MANOVA anterior los médicos residentes reportaron niveles más altos en las variables antecedentes del SDPM.

Tabla 7.7

Contrastación de variables Bonferroni para los tres factores del SDPM y la condición laboral.

Variable dependiente	Media		Diferencia de medias	Error típ.	Sig.
	Residente	Adscrito			
Agotamiento emocional	2.60	1.87	.736	.187	.000
Distanciamiento laboral	1.95	1.57	.378	.152	.014
Pérdida de expectativas	2.38	1.95	.430	.166	.010

En lo que respecta a las diferencias por especialidad, fueron solo significativas para el factor de agotamiento emocional, en el cual la especialidad de anestesiología obtuvo medias significativamente superiores a las obtenidas por medicina interna y cirugía general respectivamente (tabla 7.8).

Tabla 7.8

Contrastación de variables Bonferroni para el agotamiento emocional y la especialidad.

Variable dependiente	Media		Diferencia de medias	Error típ.	Sig.
	Anestesiología	Medicina Interna			
Agotamiento emocional	2.627	1.976	.651	.208	.020
	Anestesiología	Cirugía General	.585	.206	.049
	2.627	2.035			

En el tercer MANOVA se incluye el análisis multivariado con errores médicos, rendimiento médico, deseos de abandono de la profesión, conflicto trabajo familia y satisfacción con la pareja como variables dependientes.

Los resultados indican, diferencias significativas entre médicos residentes y médicos adscritos, los valores se muestran en la tabla 7.9.

Tabla 5.8

Valores significativos del MANOVA para las variables consecuentes del SDPM

	Valor	F	Gl hipótesis	Gl error	Sig.
<i>Condición Laboral</i>					
Traza de Pillai	.103	2.630	8.000	183.000	.009
Lambda de Wilks	.897	2.630	8.000	183.000	.009
Traza de Hotelling	.115	2.630	8.000	183.000	.009
Raíz mayor de Roy	.115	2.630	8.000	183.000	.009

El análisis de contrastación de las variables entre las medias de médicos residentes y médicos adscritos se muestra en la tabla 7.10. En esta tabla se puede observar que los médicos residentes muestran un mayor impacto en los errores clínicos, rendimiento clínico, deseos de abandono y conflicto trabajo-familia.

Tabla 7.10

Contrastación de variables Bonferroni para los consecuentes del SDPM y la condición laboral.

Variable dependiente	Media		Diferencia de medias	Error típ.	Sig.
	Residente	Adscrito			
Errores clínicos	.861	.105	.756	.189	.000
Rendimiento clínico	2.53	2.83	-.298	.109	.007
Deseos de abandono	.775	.217	.557	.259	.033
Conflicto trabajo familia	1.72	1.22	.504	.186	.007

En el último análisis multivariado, se incluyeron como variables moderadoras la satisfacción laboral y el distanciamiento psicológico y los resultados indican diferencias significativas entre médicos residentes y médicos adscritos una vez más (ver tabla 7.11)

Al contrastar las medias se identificó que las diferencias por condición laboral se presentan únicamente en el distanciamiento psicológico y no en la satisfacción laboral. Como se puede observar en la tabla 7.12, los residentes obtuvieron una media inferior a los médicos adscritos en el distanciamiento psicológico.

Tabla 7.11

Valores significativos del MANOVA para las variables moderadoras del SDPM

	Valor	F	Gl hipótesis	Gl error	Sig.
<i>Condición Laboral</i>					
Traza de Pillai	.061	8,136	2.000	252.000	.000
Lambda de Wilks	.939	8,136	2.000	252.000	.000
Traza de Hotelling	.065	8,136	2.000	252.000	.000
Raíz mayor de Roy	.065	8,136	2.000	252.000	.000

Tabla 7.12

Contrastación de variables Bonferroni para las variables moderadoras del SDPM y la condición laboral.

Variable dependiente	Media		Diferencia de medias	Error típ.	Sig.
	Residente	Adscrito			
Distanciamiento psicológico	3.13	3.97	-.837	.221	.000
Satisfacción laboral	5.21	5.63	-.414	.232	.076

En resumen, se identificó que, los médicos residentes presentan medias superiores a las de los médicos adscritos en las variables antecedentes, las variables del síndrome, las variables consecuentes que no incluyen la relación de pareja y el distanciamiento psicológico.

El Desgaste Profesional del Médico: Análisis de los Procesos

Atendiendo al objetivo de esta tesis, es decir al análisis del proceso del desgaste profesional desde un modelo procesual y transaccional, en el que se tengan presentes tanto los factores antecedentes como los consecuentes y que considere algunos de los posibles elementos moderadores (figura 4), en el siguiente apartado, se ha querido presentar un modelo global que integre los elementos del proceso y tres que evalúen la relación de las variables de una forma parcial ante la complejidad del proceso en su totalidad. Adicionalmente y con el objetivo de complementar los análisis se muestran los resultados del análisis secuencial de desarrollo del síndrome.

Los modelos teóricos que se presentan a continuación fueron analizados principalmente con la metodología de ecuaciones estructurales, aunque también se incluyeron análisis de regresión independientes y análisis de mediación y moderación.

A continuación, se comenzará describiendo el proceso estadístico común para cada uno de los cuatro modelos teóricos propuestos y posteriormente se irán describiendo, en cada una de las secciones, los resultados encontrados.

3.8. Procedimiento general

Los datos fueron analizados con la muestra total (n=315). Se comprobó que las variables de cada modelo no presentarán problemas de multicolinealidad, asegurándose que en la correlación bivariada, los valores no fueran superiores a $r=.90$ (Pérez & Medrano, 2010). La prueba de normalidad del Test contraste bilateral de Mardia de asimetría y curtosis multivariada, mostró que los datos no cumplen el supuesto de normalidad (Wang y Wang, 2012) por lo que se decidió emplear el método de Máxima Verosimilitud (ML) e incluir la técnica bootstrap (n=1000) y los intervalos de confianza, para controlar los errores estándar del ML (Wang y Wang, 2012; Muthén, Muthén, y Asparouhov, 2016). Los índices de ajuste del modelo utilizados fueron: χ^2 no significativa, CFI y TLI $\Rightarrow .90$ SRMR y RMSEA $\Rightarrow .08$ (Wang & Wang, Structural Equation Modeling: Applications Using Mplus, 2012). La programación de los modelos, incluyó la evaluación de efectos directos e indirectos con variables latentes.

Los modelos de ecuaciones estructurales, que permite calcular el efecto y las relaciones entre múltiples variables y los análisis de mediación, es decir el cálculo de los efectos indirectos de las variables antecedentes en las consecuentes, fueron calculados simultáneamente mediante el programa Mplus 7. Mientras que el estadístico de moderación, en el que se prueba si el efecto de los antecedentes en el SDPM dependen de las variables moderadoras, se calculó de forma independiente a través del programa SPSS 23: Macro PROCESS (Hayes, 2016).

3.9. Modelo 1. Proceso Secuencial (SDPM)

El modelo teórico que evalúa el CDPM propone tres componentes del Desgaste Profesional Médico: Agotamiento emocional, Distanciamiento laboral, y Pérdida de expectativas. Como se expuso en el apartado teórico, el orden de la secuencia de los factores continúa siendo un tema poco estudiado, que habitualmente se estudia desde su globalidad o en función de una o dos dimensiones específicas. En el desarrollo y validación del CDPM (Moreno Jiménez y cols., 2006) la verificación y contraste de la secuencia con una metodología SEM proponía el siguiente orden: agotamiento emocional, distanciamiento y pérdida de expectativas. Dado que la muestra de este estudio era sociológica y culturalmente diferente, se ha querido testar la secuencia del SDPM en esta población.

Con el objetivo de evaluar los diferentes modelos procesuales del SDPM, se calcularon tres modelos, cuyos valores de ajuste se muestran en la tabla 8, en donde se puede observar que el modelo *distanciamiento laboral-pérdida de expectativas-agotamiento emocional* tiene los índices de ajuste ligeramente superiores al modelo *agotamiento emocional-distanciamiento laboral-pérdida de expectativas*, sin embargo de acuerdo a los valores obtenidos en los efectos indirectos, la mediación solo es significativa en el modelo *agotamiento emocional-distanciamiento laboral-pérdida de expectativas*, debido a que entre los intervalos de confianza no se encuentra el valor cero (tabla 8.1).

Tabla 8. Comparación de los índices de ajuste de 3 diferentes modelos procesuales.

Modelo procesual			χ^2	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
Pérdida de expectativas	→ Agotamiento Emocional	→ Distanciamiento laboral	.000	.095	.921	.900	.081
Agotamiento emocional	→ Distanciamiento laboral	→ Pérdida de Expectativas	.000	.061	.967	.958	.048
Distanciamiento laboral	→ Pérdida de expectativas	→ Agotamiento emocional	.000	.059	.970	.962	.044

Tabla 8.1

Efectos indirectos de los modelos procesuales

			Efecto	Sig.	Intervalos de Confianza	
Agotamiento emocional	→ Distanciamiento laboral	→ Pérdida de expectativas	.513	.000	.326	.701 (95%)
Distanciamiento laboral	→ Pérdida de expectativas	→ Agotamiento emocional	.243	.089	-.222	1.085 (95%)

Atendiendo a estos resultados, y dado que el modelo *Agotamiento emocional-Distanciamiento laboral-Pérdida de expectativas*, que se muestra en la figura 8 reúne tanto un buen ajuste como un efecto mediador significativo dentro de intervalos de confianza aceptables, parece oportuno proponerlo como el modelo que tanto empíricamente como teóricamente mejor representa los hechos.

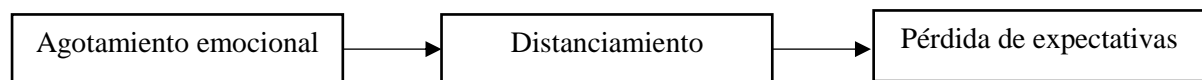


Figura 8. Modelo secuencial de desarrollo del SDPM

3.10. Modelo 2. Modelo General del SDPM

Tal como se recoge en el modelo completo representado en la figura 4 (p.81), el modelo teórico supone la influencia de cuatro antecedentes laborales sobre el síndrome en cada uno de sus tres componentes. A su vez estos actúan como elementos mediadores sobre una serie de variables consecuentes tanto laborales como no laborales. Restringiendo el nivel de análisis para su mayor claridad se ha decidido evaluar el SDPM de forma conjunta en este primer modelo. A continuación, se describen los resultados calculados de forma inicial a través de análisis de regresión y posteriormente, se muestran los resultados del modelo completo de ecuaciones estructurales.

En la tabla 9 se observa que, controlando la varianza explicada por la condición laboral, que en el análisis multivariado resultó significativa, todas las variables antecedentes explican el 56% de la varianza del SDPM, siendo la sobrecarga el antecedente que obtuvo una beta superior. Posteriormente, al incluir las variables moderadoras, se identifica que la satisfacción laboral se asocia con el SDPM negativamente y que la varianza explicada se incrementa ligeramente.

Tabla 9
Regresión lineal teniendo como variable criterio el SDPM

	Síndrome de Desgaste Profesional Médico			
	Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
Condición laboral (residente. adscrito)	-.415**	-.100**	-.091**	-.087**
Sobrecarga		.330**	.300**	.275**
Presión temporal		.165**	.132**	.137**
Conflicto de rol		.182**	.148**	.135**
Problemas de gerencia y supervisión		.123**	.130**	.109*
Indefensión médica			.164**	.153**
Satisfacción laboral				-.111**
Distanciamiento psicológico				.005
R ² Corregida	.170	.545	.565	.583

Al realizar el análisis de regresión, en el que la variable criterio fue los errores médicos, se encontró que el conjunto de variables que se incluyeron explican el 40% de la varianza y las asociaciones significativas fueron con el conflicto de rol, la indefensión médica y en menor grado, pero significativamente con el SDPM, mientras que no se encontraron relaciones significativas con ninguno de las dos variables moderadoras incluidas (Tabla 9.1)

Tabla 9.1
Regresión lineal teniendo como variable criterio los errores médicos

	Errores Médicos				
	Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5
Condición laboral (residente. adscrito)	-.424**	-.262**	-.243**	-.238**	-.212**
Sobrecarga		.139*	.076	.058	.075
Presión temporal		.024	-.045	-.053	-.068
Conflicto de rol		.304**	.233**	.224**	.223**
Problemas de gerencia y supervisión		-.025	-.013	-.020	.000
Indefensión médica			.343**	.333**	.315**
Síndrome de Desgaste Profesional				.058	.115*
Distanciamiento psicológico					-.055
Satisfacción laboral					.070
R ² Corregida	.177	.312	.397	.301	.402

Prosiguiendo con las variables consecuentes, en la tabla 9.2 se muestra que, el conflicto de rol y la indefensión médica que pertenecen a las variables antecedentes y el distanciamiento psicológico que se propone como moderador, muestran relaciones significativamente estadísticas con el rendimiento médico explicando en total un 32% de su varianza.

Tabla 9.2

Regresión lineal teniendo como variable criterio el rendimiento médico

	Rendimiento Médico				
	Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5
Condición laboral (residente. adscrito)	.409**	.278**	.261**	.255**	.214**
Sobrecarga		-.017	.041	.048	.063
Presión temporal		-.128	-.065	-.059	-.056
Conflicto de rol		-.244**	-.179**	-.172**	-.162**
Problemas de gerencia y supervisión		.051	.039	.043	.039
Indefensión médica			-.314**	-.307**	-.266**
Síndrome de Desgaste Profesional				-.042	-.034
Distanciamiento psicológico					.109**
Satisfacción laboral					.090
R ² Corregida	.165	.238	.308	.307	.320

Continuando con los deseos de abandono, el último paso de la regresión indica que el conjunto de variables explica un 36% de la varianza y que las relaciones significativas se dieron con la indefensión médica, el SDPM y la satisfacción laboral (tabla 9.3).

Tabla 9.3

Regresión lineal teniendo como variable criterio los deseos de abandono

	Deseos de abandono				
	Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5
Condición laboral (residente. adscrito)	-.276	-.105	-.087	-.044	-.045
Sobrecarga		.201**	.144*	.093	.053
Presión temporal		.013	-.049	-.092	-.076
Conflicto de rol		.268**	.203**	.153**	.135
Problemas de gerencia y supervisión		-.033	-.022	-.049	-.085
Indefensión médica			.312**	.257**	.245**
Síndrome de Desgaste Profesional				.323**	.287 **
Distanciamiento psicológico					.019
Satisfacción laboral					-.204**
R ² Corregida	.073	.210	.279	.341	.368

Finalmente, en el último análisis de regresión, se identifica que el 62% de la varianza del conflicto trabajo-familia, es explicado por todas las variables antecedentes evaluadas, excepto por la sobrecarga. No obstante, es importante destacar que, a pesar de que el análisis

de correlación y en el de regresión de forma independiente ($\beta=.364$; $p=.000$) los problemas de gerencia y supervisión se asocian con el conflicto trabaja-familia positivamente, en el análisis que aquí se muestra, esta asociación se presenta como negativa (Tabla 9.4).

Tabla 9.4
Regresión lineal teniendo como variable criterio el conflicto-trabajo familia

	Conflicto trabajo-familia				
	Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5
Condición laboral (residente. adscrito)	-.520**	-.265**	-.248**	-.215**	-.140**
Sobrecarga		.136	.078	.041	.050
Presión temporal		.362**	.298**	.266**	.246**
Conflicto de rol		.225**	.160**	.122**	.119**
Problemas de gerencia y supervisión		-.168**	-.157**	-.177**	-.137**
Indefensión médica			.315**	.274**	.209**
Síndrome de Desgaste Profesional				.243**	.260**
Distanciamiento psicológico					-.217**
Satisfacción laboral					.021
R ² Corregida	.268	.481	.553	.588	.621

Partiendo tanto del modelo teórico, como de los resultados de las regresiones que se acaban de exponer, se estimó el modelo que se muestra en la figura 9. En este modelo se puede apreciar que los efectos que resultaron de los análisis de regresión lineal se comprueban con adecuados índices de ajuste ($X^2=.008$, RMSEA=0.048, CFI=0.979, TLI=0.958 y SRMR=0.030). En la tabla 9.5 se muestran las covarianzas de las variables consecuentes.

Tabla 9.5
Covarianzas del modelo general

	Errores Médicos	Rendimiento Médico	Deseos de Abandono
Errores Médicos			
Rendimiento Médico	-.387**		
Deseos de Abandono	.118**	-.020	
Conflicto trabajo-familia	.091	-.196**	-.035

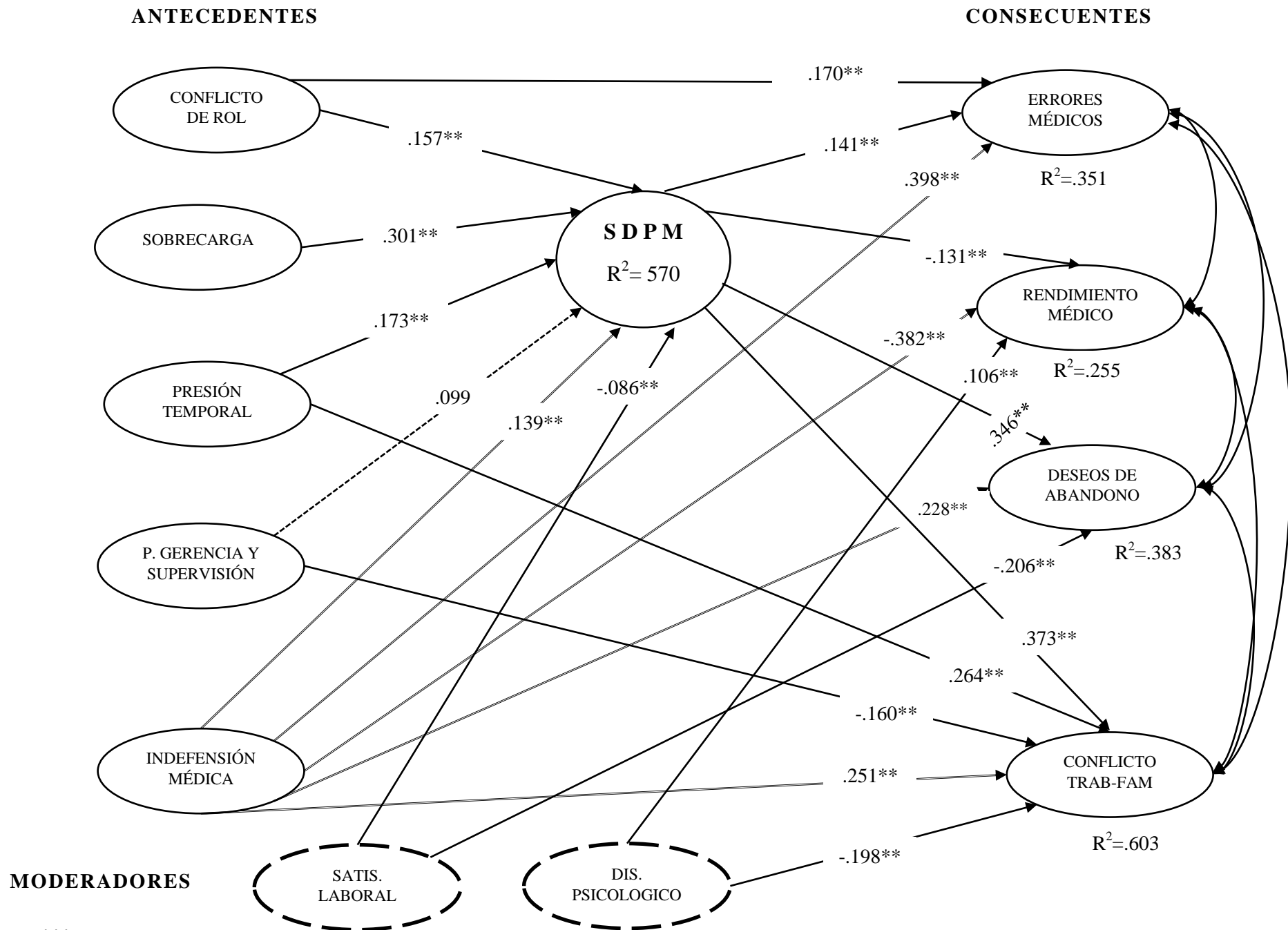


Figura 9. Modelo general del Síndrome de Desgaste Profesional Médico

En el modelo se puede apreciar que los antecedentes incluidos en el estudio predicen el SDPM y este a su vez predice las variables consecuentes. Resalta el efecto directo de la indefensión médica en todas las variables consecuentes incluidas en el modelo. En lo que a las variables que se proponen teóricamente como moderadoras, la satisfacción laboral se asoció al síndrome y a los deseos de abandono y el distanciamiento psicológico al rendimiento médico y el conflicto trabajo familia.

De forma simultánea al análisis de ecuaciones estructurales, se calcularon las mediaciones en el modelo y los resultados se presentan a continuación:

Para la variable errores médicos, considerando que, en todas las mediaciones se incluye el valor cero entre los intervalos de confianza, no se encontró que ninguna mediación fuese significativa, sin embargo, si se comprueban los efectos directos de conflicto de rol y gerencia y supervisión (Tabla 9.6).

Tabla 9.6
Efectos mediador del SDPM en los errores médicos

				Efecto	Sig.	Intervalos de confianza	
Sobrecarga	→	SDPM	→	Errores Médicos	.042	.031	-.016 .101 (95%)
Presión Temporal	→	SDPM	→	Errores Médicos	.025	.059	-.010 .059 (95%)
Conflicto de rol	→	SDPM	→	Errores Médicos	.022	.073	-.014 .059 (95%)
Conflicto de rol	→			Errores Médicos	.170	.002	.022 .318 (95%)
Gerencia y supervisión	→	SDPM	→	Errores Médicos	.014	.146	-.018 .046 (95%)
Indefensión Médica	→	SDPM	→	Errores Médicos	.020	.055	-.016 .056 (95%)
Indefensión Médica	→			Errores Médicos	.398	.000	.266 .531 (95%)

Lo mismo ocurre con el rendimiento médico, cuyos efectos solo comprueban el impacto directo de la indefensión médica (Tabla 9.7).

Tabla 9.7
Efectos mediador del SDPM en el rendimiento médico

				Efecto	Sig.	Intervalos de confianza	
Sobrecarga	→	SDPM	→	Rendimiento Médico	-.039	.033	-.099 .021 (95%)
Presión Temporal	→	SDPM	→	Rendimiento Médico	-.023	.061	-.061 .015 (95%)
Conflicto de rol	→	SDPM	→	Rendimiento Médico	.021	.076	-.056 .015 (95%)
Gerencia y supervisión	→	SDPM	→	Rendimiento Médico	-.013	.149	-.045 .019 (95%)
Indefensión Médica	→	SDPM	→	Rendimiento Médico	-.018	.057	-.056 .020 (95%)
Indefensión Médica	—————→			Rendimiento Médico	-.382	.000	-.573 -.190 (95%)

En la tabla 9.8 se muestra que el SDPM funciona como mediador entre los antecedentes sobrecarga, presión temporal, conflicto de rol e indefensión médica y los deseos de abandono, es decir se comprueban los efectos indirectos que se muestran en el análisis de ecuaciones estructurales. Además se mantiene el efecto directos de la indefensión médica.

Tabla 9.8
Efectos mediador del SDPM en los deseos de abandono

				Efecto	Sig.	Intervalos de confianza	
Sobrecarga	→	SDPM	→	Deseos de abandono	.104	.000	.037 .170 (95%)
Presión Temporal	→	SDPM	→	Deseos de abandono	.060	.005	.006 .114 (95%)
Conflicto de rol	→	SDPM	→	Deseos de abandono	.054	.012	.009 .099 (90%)
Indefensión Médica	→	SDPM	→	Deseos de abandono	.048	.004	.003 .093 (90%)
Indefensión Médica	—————→			Deseos de abandono	.228	.000	.057 .400 (95%)

En el caso del conflicto trabajo-familia, el análisis de efectos indirectos de la sobrecarga, la presión temporal, el conflicto de rol y la indefensión médica se comprueban y se mantiene los efectos directos de la presión temporal, la indefensión médica y la gerencia y supervisión, aunque en el caso de esta última, como ya se menciona tanto en las regresiones como en el análisis de ecuaciones estructurales, el efecto es negativo (Tabla 9.9)

Tabla 9.9
Efectos mediador del SDPM en el conflicto trabajo-familia

				Efecto	Sig.	Intervalos de confianza	
Sobrecarga	→	SDPM	→	Conflicto trabajo-familia	.114	.000	.042 .183 (95%)
Presión Temporal	→	SDPM	→	Conflicto trabajo-familia	.065	.004	.015 .114 (90%)
Presión Temporal			→	Conflicto trabajo-familia	.264	.000	.120 .407 (90%)
Conflicto de rol	→	SDPM	→	Conflicto trabajo-familia	.059	.011	.009 .124 (90%)
Gerencia y supervisión			→	Conflicto trabajo-familia	-.160	.002	-.314 -.007 (95%)
Indefensión Médica	→	SDPM	→	Conflicto trabajo-familia	.052	.003	.007 .097 (90%)
Indefensión Médica			→	Conflicto trabajo-familia	.251	.000	.059 .442 (95%)

En resumen

- Se encontró que el SDPM funciona como mediador de la relación que existe entre las variables antecedentes y los deseos de abandono y las variables antecedentes y el conflicto trabajo-familia, pero no con el rendimiento y los errores médicos. Es decir, la sobrecarga, la presión temporal, el conflicto de rol y la indefensión médica predicen el SDPM y esto impacta en los deseos de abandono y dificulta relajarse en casa.

- Aunque no se identificó un efecto mediador del SDPM en los errores y el rendimiento médico, sus efectos directos en ambas variables son claros.
- La indefensión médica resultó ser una variable que no solo predice el SDPM, sino que además muestra efectos directos en todas las variables consecuentes.
- El conflicto de rol impactará directamente en los errores médicos y la presión temporal en el conflicto trabajo-familia.
- Los deseos de abandono y el SDPM serán menores en quien tenga satisfacción intrínseca con su actividad profesional.
- El distanciamiento psicológico ayudará a disminuir el conflicto trabajo-familia e incrementará el rendimiento médico.

Aunque el modelo empírico que se presenta, se ajusta al modelo teórico base con índices adecuados, dada su complejidad y considerando que en el análisis de efectos indirectos, el SDPM de forma global, no funciona como variable mediadora, a continuación se expondrán tres modelos en el que se analizaran las dimensiones de síndrome de forma independiente.

3.11. Modelo 3: Estrés de Rol, Desgaste Profesional y Rendimiento Médico

En este apartado, se presenta la elaboración de un modelo específicamente laboral que incluye los antecedentes organizacionales más directos, el síndrome y el rendimiento médico en sus diferentes manifestaciones. La indefensión médica, los problemas de gerencia y supervisión y la pérdida de expectativas, no se ha incluido en el modelo empírico resultante, por razones de ajuste del modelo. Con ello las variables antecedentes del modelo empírico resultante se centran en el estrés de rol, el síndrome queda representado en sus dos fases iniciales y los antecedentes se centran en el rendimiento y los errores médicos.

Dado que el factor de errores no clínicos mostró pocas relaciones significativas con el resto de las variables, se tomó la decisión de no incluirlo en el modelo, lo cual simplificó y mejoró ligeramente los valores de ajuste, como puede observarse en la tabla 10.

Tabla 10

Comparación de los valores de ajuste con y sin el factor de errores no clínicos.

Modelo	X ²	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
Con errores no clínicos	.0510	0.071	0.995	0.942	0.017
Sin errores no clínicos	0610	0.076	0.994	0.928	0.012

El cálculo del modelo incluyo todas las relaciones directas e indirectas de los antecedentes los consecuentes. Los valores que resultaron significativos y la varianza de cada variable se muestran en la figura 10, donde se puede observar que la sobrecarga laboral y la presión temporal son antecedentes del agotamiento emocional e impactan de forma indirecta en los errores y el rendimiento clínico. En cuanto al conflicto de rol, se observa que este, es antecedente del distanciamiento laboral e impacta indirectamente en el

rendimiento con los pacientes. Finalmente se identifica que tanto la sobrecarga, como la presión temporal también tendrán un impacto en el distanciamiento laboral, pero solo a través del agotamiento emocional.

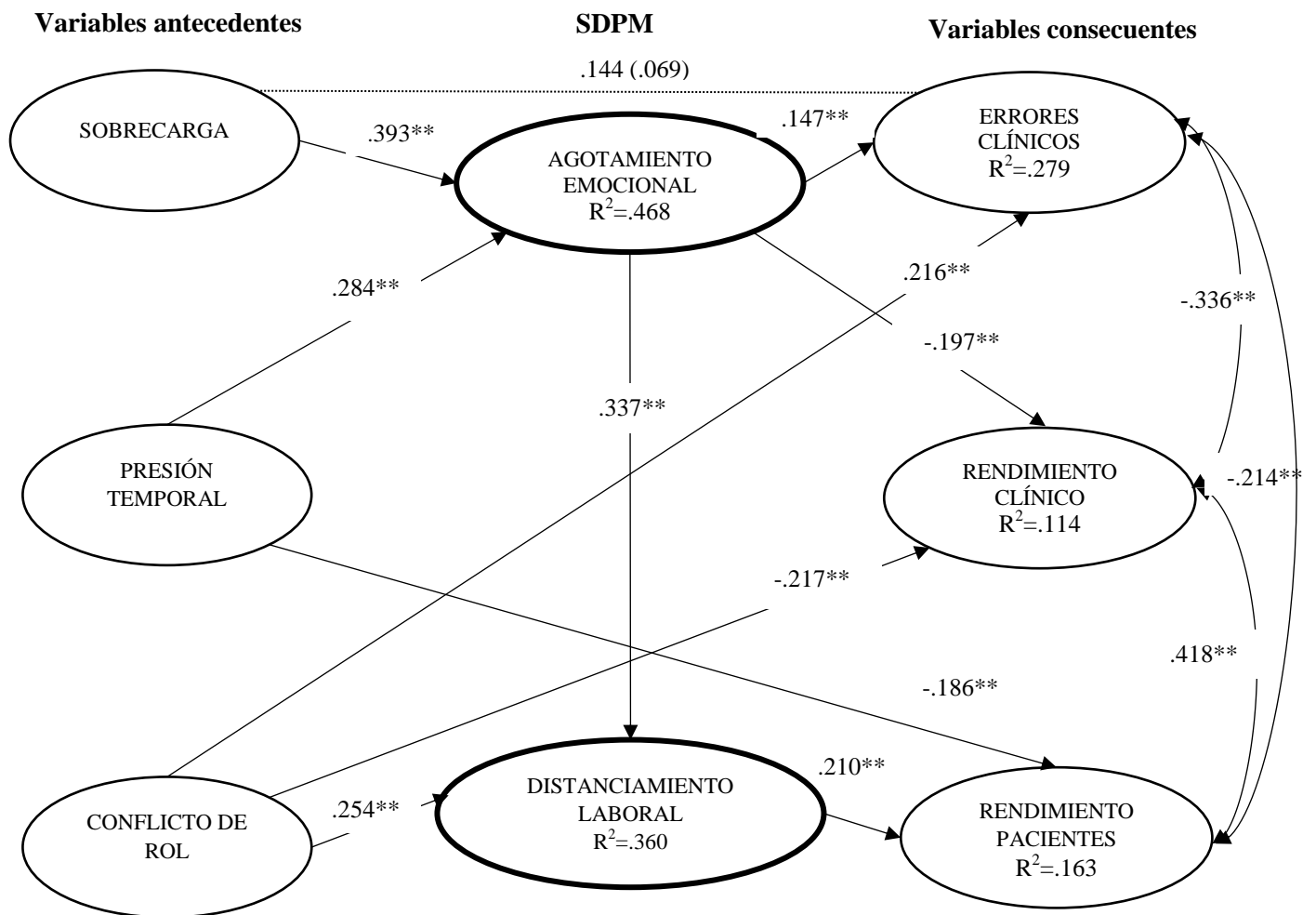


Figura 10. Agotamiento emocional y distanciamiento laboral variables mediadoras de errores y rendimiento médico

→ Relaciones significativas
 Tendencia

Los resultados que se obtuvieron mediante el análisis de ecuaciones estructurales, se corroboraron con los obtenidos en los análisis de mediación que se describirán en las tablas que se presentan a continuación, las cuales incluyen en cada proceso de mediación, el tamaño del efecto y el porcentaje dentro del cual no se incluye el valor cero entre los intervalos de confianza, es decir el indicador de que la mediación es significativa.

En la tabla 10.1 se pueden observar que la sobrecarga laboral y el trabajo con apremio temporal, impactará en el rendimiento que el médico tiene con sus pacientes, dado que se agota emocionalmente y deja de implicarse en su trabajo. No obstante es importante mencionar que en el caso de la presión temporal, esta continúa ejerciendo un efecto directo en el rendimiento con los pacientes. En cuando al conflicto de rol, este impactará en el rendimiento con los pacientes porque contribuye a que el médico se distancie de su actividad profesional.

Tabla 10.1 *Efecto mediador del agotamiento emocional y el distanciamiento laboral en el rendimiento con pacientes.*

	Efecto	Sig.	Intervalos de confianza	
Sobrecarga → Agotamiento → Distanciamiento emocional Laboral	.132	.000	.040	.225 (95%)
Presión → Agotamiento → Distanciamiento Temporal emocional Laboral	.092	.001	.022	.170 (90%)
C. de Rol → Distanciamiento Laboral	.254	.000	.081	.428 (95%)
Sobrecarga → Agotamiento → Distanciamiento → Rendimiento emocional laboral pacientes	-.028	.028	-.053	-.003 (90%)
Presión → Agotamiento → Distanciamiento → Rendimiento Temporal emocional laboral pacientes	-.020	.013	-.036	-.004 (90%)
Presión → Rendimiento Temporal pacientes	-.186	.013	-.333	-.039 (90%)
C. de Rol → Distanciamiento → Rendimiento laboral pacientes	-.053	.013	-.096	-.011 (90%)

En el caso de los errores clínicos, tanto en el análisis de ecuaciones estructurales como en el de mediación, indican que el conflicto de rol tendrá un impacto directo, mientras que la presión temporal y la sobrecarga laboral lo harán solo a través del agotamiento emocional, aunque es importante mencionar que existe una tendencia del impacto directo de la sobrecarga en los errores (Tabla 10.2).

Tabla 10.2

Efecto mediador del agotamiento emocional en los errores clínicos

	Efecto	Sig.	Intervalos de confianza		
Sobrecarga → Agotamiento emocional → Errores Clínicos	.058	.036	.004	.112	(90%)
Sobrecarga → Errores Clínicos	.144	.069	.022	0.26	(85%)
P. Temporal → Agotamiento emocional → Errores Clínicos	.042	.041	.002	.094	(90%)
C. de Rol → Errores Clínicos	.226	.001	.050	.402	(95%)

Para el rendimiento clínico, la relación de las variables es similar a la de errores clínicos ya que el efecto directo del conflicto de rol se mantiene y el de la sobrecarga y la presión temporal se da solo a través del agotamiento emocional (tabla 10.3).

Tabla 10.3

Efecto mediador del agotamiento emocional en el rendimiento clínicos

	Efecto	Sig.	Intervalos de Confianza		
Sobrecarga → Agotamiento emocional → Rendimiento Clínico	-.077	.028	-.147	-.008	90%
P. Temporal → Agotamiento emocional → Rendimiento Clínico	-.056	.044	-.110	-.002	90%
C. de Rol → Rendimiento Clínico	-.217	.000	-.376	-.058	95%

En resumen:

- La percepción de que el trabajo que se realiza es demasiado para ser realizarlo correctamente por una sola persona (sobrecarga) y las situaciones laborales en las que la toma de decisiones, dedicación al paciente y desarrollo de objetivos asistenciales se desarrollan con apremio temporal (presión temporal) funcionan como antecedentes del agotamiento emocional y el distanciamiento laboral, directa o indirectamente e impactan en los errores clínicos, el rendimiento clínico y el rendimiento con pacientes mediante diferentes mecanismos.
- La percepción de tener que hacer cosas que deberían hacerse en forma distinta, la asignación de tareas sin el material necesario para hacerlas, tratar con dos o más grupos que funcionan de manera diferente y/o trabajar en cosas innecesarias (conflicto de rol) son predictores de los errores clínicos y del rendimiento con los pacientes, este último a través del distanciamiento laboral.

3.11.1. Moderación del Distanciamiento Psicológico

Hasta ahora, en el modelo 2 se han probado las relaciones entre los antecedentes, el SDPM y los consecuentes, no obstante continuando con el modelo teórico procesual, resulta importante identificar el efecto de las variables moderadoras que integran el modelo teórico (figura 4), por lo que en este apartado se mostrarán los resultados de los análisis de moderación del distanciamiento psicológico (dimensión de recuperación al estrés) entre las variables antecedentes y el SDPM, para lo cual se calcularon tres moderaciones del distanciamiento psicológico: 1) entre la sobrecarga y el agotamiento emocional, 2) entre presión temporal y el agotamiento emocional y 3) entre el conflicto de rol y el distanciamiento laboral (Figura 10.1)

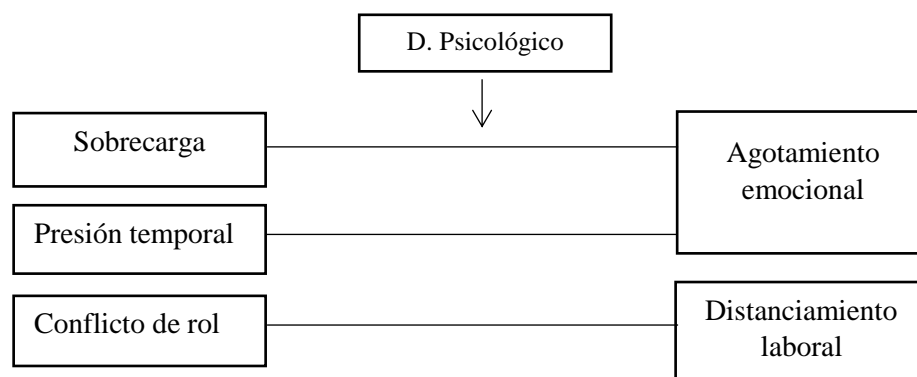


Figura 10.1 Modelos de moderación del distanciamiento psicológico que se probaron.

Los resultados indican que, de las tres moderaciones probadas, solo una resultó significativa. En este sentido, se encontró que el distanciamiento psicológico *no* modera la relación entre la sobrecarga y el agotamiento emocional ($\beta=.005$, $p=.859$) ni tampoco entre el conflicto de rol y el distanciamiento laboral (dimensión del SDPM) ($\beta=.007$, $p=.685$). No obstante, el distanciamiento psicológico, *sí* mostró valores significativos de moderación entre la presión temporal y el agotamiento emocional, lo cual puede observarse en la Tabla 10.4, donde la interacción entre las variables distanciamiento psicológico y presión temporal es significativa al 95% dado que los intervalos de confianza no contienen entre sí el valor cero.

Tabla 10.4
Análisis de interacción de los efectos de la presión temporal y el distanciamiento psicológico en el agotamiento emocional.

Agotamiento Emocional		R ² =.408		
	Coeficiente	Sig.	Intervalos de confianza 95%	
Distanciamiento Psicológico	-.125	.001	-.204	-.047
Presión Temporal	.680	.000	.576	.784
Dis.Psic X P.Temporal	-.100	.035	-.194	-.006

Estos resultados se pueden observar con mayor claridad en la figura 10.2, la cual indica que el distanciamiento psicológico amortigua el efecto de la presión temporal en el agotamiento emocional particularmente cuando la presión temporal es alta.

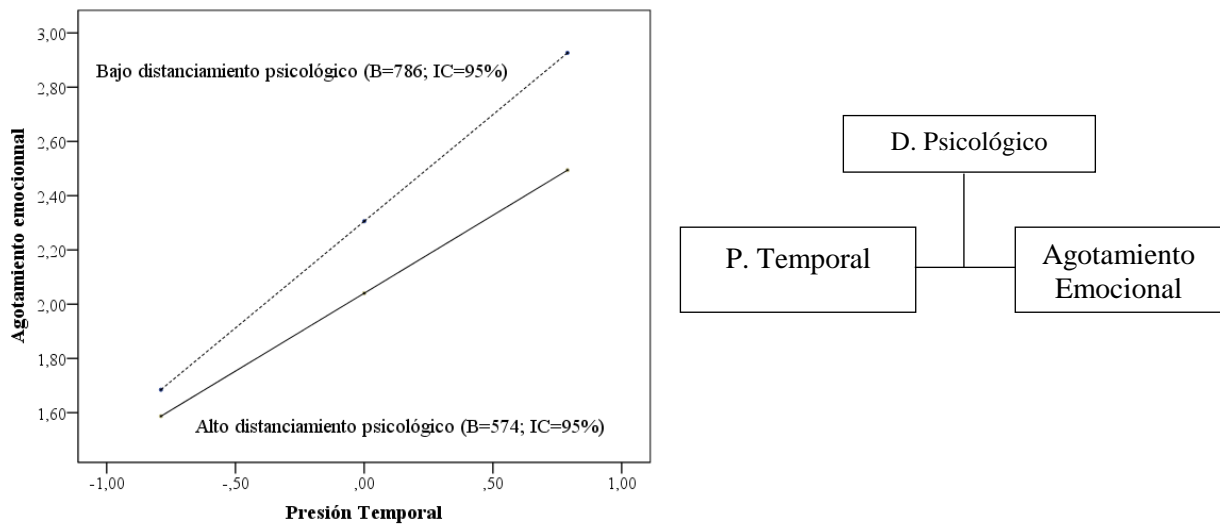


Figura 10.2 Interacción de los efectos de la presión temporal y el distanciamiento psicológico en el agotamiento emocional.

3.12. Modelo 4. Indefensión Médica, Pérdida de Expectativas y Deseos de Abandono

Los deseos de abandono no son muy comunes en la profesión médica, precisamente por ello han sido objeto de no pocos trabajos acerca de los factores antecedentes (Moreno-Jiménez, Galvez Herrer, Rodriguez Carvajal y Sanz-Verjel, 2012) y los mecanismos que intervienen en los mismos. Existe evidencia del papel mediador del SDPM en las intenciones de abandono (Tziner y cols., 2015). En el modelo teórico propuesto de la tesis (Figura 4) figura como uno de los consecuentes principales del proceso del SDPM. En el modelo empírico resultante a partir del modelo teórico global se comprobó que el principal componente mediador del SDPM era la pérdida de Expectativas que su vez dependía principalmente de los factores antecedentes de Gerencia y Supervisión y la Indefensión médica.

En la figura 11 se muestran las relaciones que se incluyeron en el modelo, así como el tamaño de la varianza para cada variable. Los índices de ajuste mostraron valores satisfactorios, excepto en el valor para chi cuadrada ($X^2=.000$, RMSEA=0.050, CFI=0.968, TLI=0.962 y SRMR=0.044) sin embargo, dado que este indicador es sensible al tamaño de la muestra no se considera razón suficiente para el rechazo del modelo (Wang y Wang, 2012).

De acuerdo a los valores que se muestran en la figura 11, tanto los problemas de gerencia y supervisión ($\beta=.549$, $p=.000$) como la indefensión médica ($\beta=.285$, $p=.000$) funcionan como variables antecedentes de la pérdida de expectativas y los deseos de abandono ($\beta=.315$, $p=.002$) como una variable consecuente.

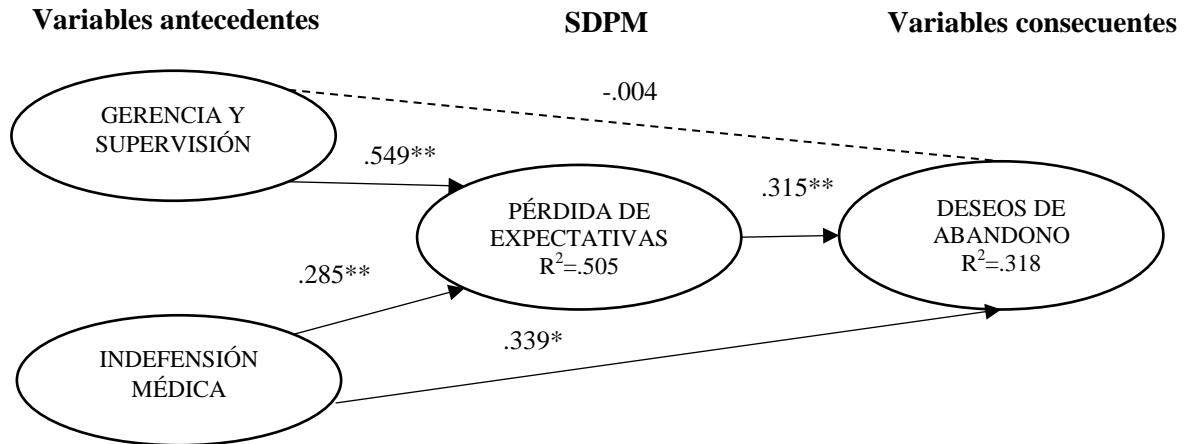


Figura 11. Modelo pérdida de expectativas: variable mediadora de deseos de abandono de la profesión.

→ Relaciones significativas

----- Relaciones no significativos

Los resultados del modelo de ecuaciones estructurales se comprueban a través del análisis de efectos indirectos, los cuales reportan que la pérdida de expectativas media completamente la relación entre los problemas de gerencia y supervisión y los deseos de abandono, lo cual significa que el efecto directo de la gerencia y supervisión en los deseos de abandono desaparece, al incluir la pérdida de expectativas. Mientras que el caso de la indefensión médica, la mediación es parcial, dado que el efecto directo de la indefensión en la pérdida de expectativas permanece. En la Tabla 11 se muestra los valores del efecto para las mediaciones que se acaban de describir y se puede observar que entre los intervalos de confianza no se encuentra el valor cero.

Tabla 11

Efecto mediador de la pérdida de expectativas en los deseos de abandono

			Efecto	Sig.	Intervalos de Confianza		
Gerencia y supervisión	→ Pérdida de expectativas	→ Deseos de abandono	.173	.021	.026	.320	(90%)
Indefensión médica	→ Pérdida de expectativas	→ Deseos de abandono	.090	.047	.001	.178	(90%)
Indefensión médica	→		Deseos de abandono	.339	.000	.129	.545 (95%)

En resumen

- Los problemas de gerencia y supervisión, que evalúan el que al médico de no se le considere para la organización del trabajo, que las respuestas a sus peticiones sean escasas y el que a los jefes solo les interesen los criterios cuantitativos y económicos, predicen la pérdida de expectativas del médico contribuyendo con ello a que muestre deseos de abandono de la profesión.
- La indefensión médica, es decir, la sensación de frustración, impotencia, desorientación y abatimiento que surge cuando los esfuerzos realizados no producen los efectos esperados en su actividad clínica tiene un efecto en los deseos de abandono de forma directa y a través de la pérdida de expectativas profesional.

3.12.1. Moderación de la satisfacción laboral

La satisfacción laboral, que evalúa el grado de satisfacción del médico con la libertad de trabajo, el reconocimiento, la responsabilidad y la variedad en las actividades que se realizan, fue probada como variable moderadora en dos modelos: 1) entre problemas de gerencia y supervisión y la pérdida de expectativas y 2) entre indefensión médica y pérdida de expectativas ambos se muestran en la figura 11.1

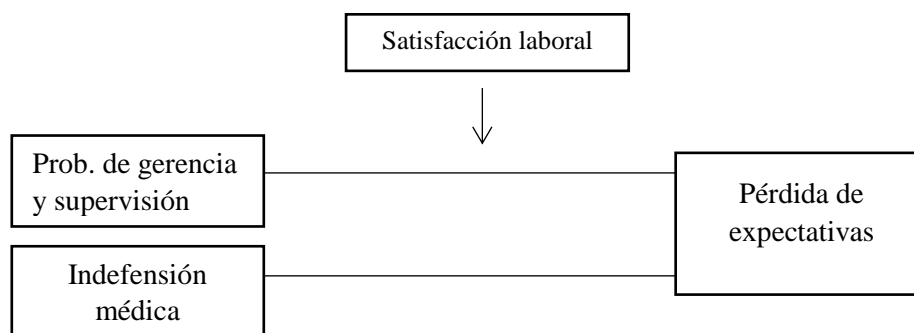


Figura 11.1 Modelos de moderación de la satisfacción laboral que se calcularon

entre

Los resultados de los análisis de moderación indican que la satisfacción laboral modera la relación entre los problemas de gerencia y supervisión y la pérdida de expectativas, lo cual puede observarse en la tabla 11.1 donde se expone que la interacción de las dos variables es estadísticamente significativa al 95%, ya que no incluye el valor cero entre los intervalos de confianza.

Tabla 11.1

Análisis de interacción de gerencia y supervisión, pérdida de expectativas y satisfacción laboral

Pérdida de expectativas	R ² =.355			
	Coeficiente	Sig.	Intervalos de confianza 95%	
Satisfacción laboral	-.130	.001	-.196	-.064
Problemas de gerencia y supervisión	.423	.000	.337	.510
Satisfacción laboral X Gerencia y supervisión	.076	.032	.006	.146

En la figura 11.2 se muestra el gráfico a través del cual se interpreta la interacción de las variables analizadas. En este gráfico se pueden observar dos datos importantes, el primero se interpreta de acuerdo con la posición de las 2 rectas e indica que el efecto de los problemas de gerencia y supervisión en la pérdida de expectativas es menor cuando se tiene alta satisfacción laboral, mientras que el segundo dato se interpreta considerando la

inclinación de las rectas, la cual indica que cuando los problemas de gerencia y supervisión son altos el efecto amortiguador de la satisfacción laboral intrínseca en la pérdida de expectativas se disminuye.

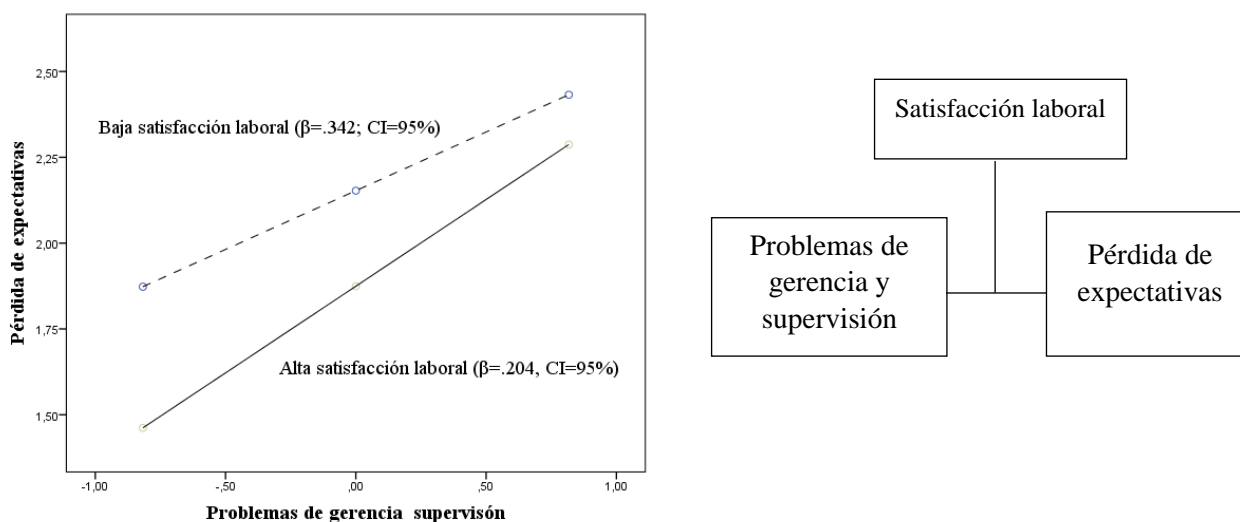


Figura 11.2 Interacción de los efectos de la gerencia y supervisión y la satisfacción laboral en la pérdida de expectativas.

Adicionalmente se encontró que la satisfacción laboral intrínseca, también modera la relación entre la indefensión médica y la pérdida de expectativas, en la tabla 11.2 se puede observar que la interacción de la satisfacción laboral con la indefensión médica es significativa al 95%.

Tabla 11.2

Análisis de interacción de indefensión médica, pérdida de expectativas y satisfacción laboral

Pérdida de expectativas	$R^2=.259$			
	Coefficiente	Sig.	Intervalos de confianza 95%	
Satisfacción Laboral	-.192	.000	-.261	-.123
Indefensión Médica	.357	.000	.253	.461
Satisfacción laboral X Indefensión médica	.087	.032	.007	.167

La moderación que se muestra en la tabla 11.2 se interpretó mediante el gráfico que se muestra en la figura 11.3, el cual indica que cuando la satisfacción laboral intrínseca es baja, el efecto de la indefensión médica en la pérdida de expectativas es superior, no obstante considerando la inclinación de las rectas, cuando la indefensión médica es alta el efecto moderador de la satisfacción laboral intrínseca en la pérdida de expectativas experimenta un decremento.

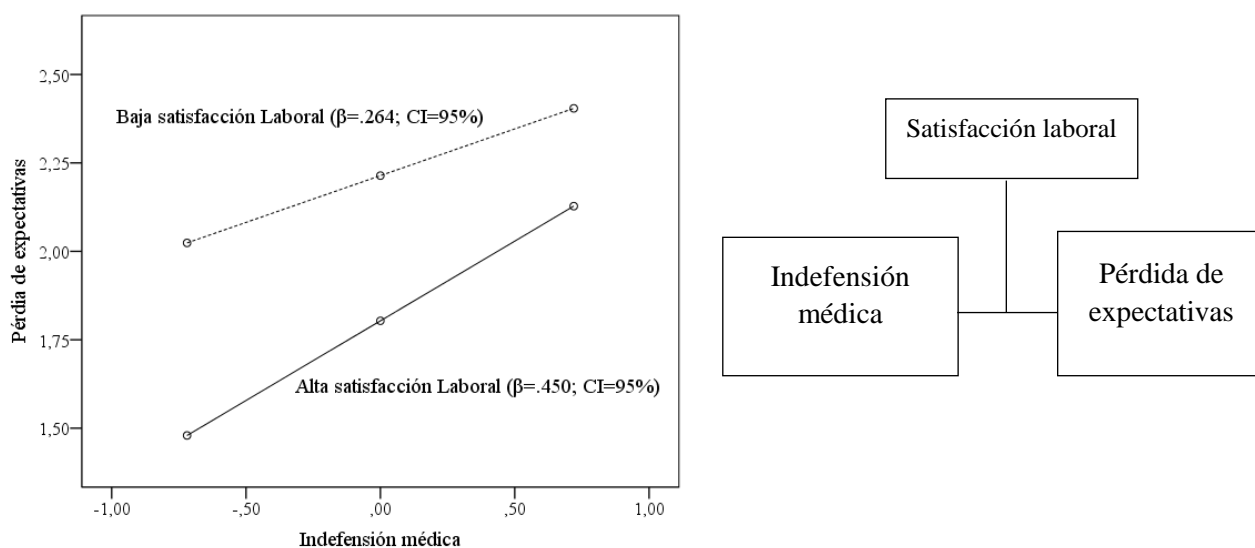


Figura 11.3 Interacción de los efectos de la indefensión médica y la satisfacción laboral en la pérdida de expectativas

3.13. Modelo 5. Agotamiento emocional y sus efectos sobre la familia y la pareja

Aunque los estudios de los efectos del Desgaste Profesional se han centrado en las consecuencias organizacionales y laborales, desde el comienzo de su estudio se han extendido a la vida personal de los profesionales afectados, especialmente en sus relaciones familiares y de pareja (Jackson y Maslach, 1982). En el modelo global propuesto (figura 4) las variables familiares y de relación de pareja se exponen directamente como efectos relevantes del SDPM, ambos como consecuentes. No obstante, un modelo teórico más elaborado permite diferenciar el conflicto Trabajo-Familia como un mediador de la relación de pareja. En el modelo empírico resultante que se expone en la figura 10 se han mantenido las variables del modelo teórico global que han resultado significativas tanto de las variables antecedentes como del agotamiento emocional.

Para el cálculo de este modelo se seleccionó la muestra de participantes que reportaron tener pareja (n=246). Se calcularon los efectos de las variables antecedentes: sobrecarga y presión temporal con dos mediadores consecutivos: agotamiento emocional y conflicto trabajo-familia y su impacto en la satisfacción con la pareja y la cohesión con la pareja.

En la figura 12 se muestran las relaciones que resultaron significativas en el cálculo del modelo y varianza que se explica de cada una de las variables. Los índices de ajuste fueron satisfactorios, ($X^2=.000$, RMSEA=0.059, CFI=0.944, TLI=0.935 y SRMR=0.054) excepto la chi cuadrada, no obstante, no es considerada un indicador suficiente para rechazar el modelo, dado que es sensible al tamaño de la muestra (Wang y Wang, 2012).

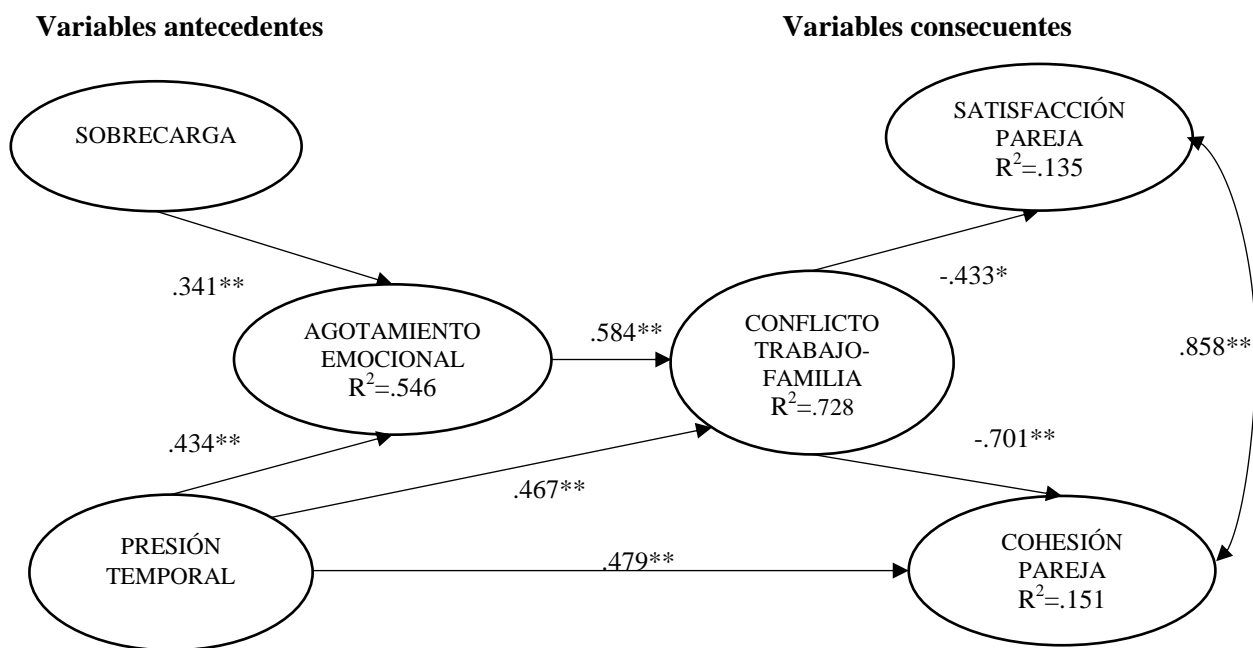


Figura 12. Efecto del agotamiento emocional en el conflicto trabajo-familia y relaciones de pareja.
 → Relaciones significativas

De acuerdo con los resultados del modelo de ecuaciones estructurales se encontró que, como ya se había reportado previamente en el modelo 2, la presión temporal y la sobrecarga funcionan como variables antecedentes del agotamiento emocional y siendo uno de sus consecuentes el conflicto trabajo familia el cual impacta negativamente en la satisfacción y la cohesión con la pareja. Finalmente, en el modelo se puede observar que la presión temporal tiene una efecto directo tanto en el conflicto trabajo-familia como en la cohesión con la pareja.

Al analizar los efectos indirectos de las variables incluidas en el modelo, se comprueban los resultados del análisis de ecuaciones estructurales, excepto en el caso de la satisfacción con la pareja, cuya mediación no resultó significativa y por lo tanto no se incluye en las mediaciones que se describen a continuación.

En la tabla 12 se pueden observar que la sobrecarga y la presión temporal en el trabajo, generará conflicto trabajo-familia directa o indirectamente impactando con ello en la cohesión con la pareja, algunas veces a través del agotamiento emocional. Considerando el tamaño de los efectos de las diferentes mediaciones presentadas, el efecto directo de la presión temporal en la cohesión con la pareja y a través del conflicto trabajo familia, es superior al efecto en el que consideran como mediadores consecutivos el agotamiento emocional y el conflicto trabajo-familia.

Tabla 12

Efecto de la sobrecarga y la presión temporal en la cohesión con la pareja, vía agotamiento emocional y conflicto trabajo-familia.

				Efecto	Sig.	Intervalos de confianza	
Sobrecarga	→ Agotamiento emocional	→ Conflicto trabajo-familia		.199	.025	.025	.374 (90%)
Presión temporal	→ Agotamiento emocional	→ Conflicto trabajo-familia		.253	.003	.037	.470 (95%)
Presión temporal	→	→ Conflicto trabajo-familia		.467	.001	.111	.824 (95%)
Sobrecarga	→ Agotamiento emocional	→ Conflicto trabajo-familia	→ Cohesión pareja	-.140	.049	-.279	-.001 (90%)
Presión temporal	→	→ Conflicto trabajo-familia	→ Cohesión pareja	-.328	.037	-.635	-.020 (90%)
Presión temporal	→ Agotamiento emocional	→ Conflicto trabajo-familia	→ Cohesión pareja	-.178	.025	-.333	-.022 (90%)
Presión temporal	→	→ Cohesión pareja		.479	.035	.034	.925 (90%)

En resumen

- La sobrecarga laboral impacta en la cohesión con la pareja, es decir el grado en el que el médico ríe con su pareja, tiene un intercambio de ideas estimulantes, discuten claramente un asunto o trabajan juntos en un proyecto, disminuye con la sobrecarga,

debido a que genera agotamiento emocional y esto le dificulta relajarse en casa (conflicto-trabajo familia).

- Aunque tal como se puede comprobar en la matriz de correlaciones (tabla 5,3), presión temporal y cohesión de pareja tienen una correlación negativa, en la figura 8 la presión temporal es un predictor positivo de la cohesión con la pareja. Cuando se controla el efecto conjunto de las variables agotamiento emocional y conflicto trabajo-familia sobre la relación de pareja, el efecto de la presión temporal actúa positivamente buscando la interacción con la pareja.

Capítulo 4.

Discusión

El objetivo de esta investigación consistió en evaluar el síndrome de desgaste profesional médico (SDPM) en base a un modelo procesual y transaccional con la inclusión de variables antecedentes, consecuentes y moderadoras. La evaluación SDPM incluyó la prevalencia y desarrollo secuencial de sus tres dimensiones. Los antecedentes estuvieron conformados por cuatro variables organizacionales consistentemente asociadas a la aparición del síndrome (sobrecarga, presión temporal, conflicto de rol y problemas de gerencia y supervisión) y una variable de nueva creación denominada indefensión médica, la cual es un estresor exclusivo de la profesión y contribuye a la caracterización del síndrome en médicos. En cuanto a las variables consecuentes se incluyó el conflicto trabajo-familia y el impacto en la satisfacción con la pareja, que ha sido estudiado previamente en médicos, pero de forma independiente. Además, se incluyeron tres variables que impactan de forma directa el funcionamiento de la institución: los deseos de abandono, el rendimiento y los errores médicos. Finalmente se describe la interacción de dos variables moderadoras: el distanciamiento psicológico y la satisfacción laboral intrínseca.

A continuación se procederá a discutir los hallazgos en función del orden en el que se han presentado los resultados.

4.1. Validación de Escalas

Se construyeron y validaron tres escalas para medir las variables: Indefensión Médica, Errores Médicos y Rendimiento Médico. Las tres escalas obtuvieron adecuados índices de ajuste (Wang y Wang, 2012) y fiabilidad alpha de Cronbac superior a .70 (Cortina, 1993).

Indefensión de médica. El instrumento que se propone para la evaluación de la indefensión médica, obtuvo una estructura unifactorial compuesta por cinco ítems que identifican el impacto emocional y cognitivo que surge cuando se percibe que los esfuerzos que se realizan por el paciente no van acorde con su mejoría.

Hasta ahora, los estudios que describen las expectativas ilusorias con respecto a la salud del paciente (Back, Rushton, Kaszniak, y Halifax, 2015; Epstein y Back, 2015; Meier, Back, y Morrison, 2001) y del fracaso terapéutico (Morgans y Schapira, 2015) han sido abordados casi exclusivamente de forma teórica (Adán y Herrer, 2011) y en estudios cualitativos, por lo que, hasta donde se tiene conocimiento, la creación del cuestionario de indefensión médica, constituye la primera herramienta de evaluación cuantitativa para esta variable. No obstante, debido a que el cuestionario de indefensión médica está basado exclusivamente en la revisión de la literatura, podría dejar de lado características importantes del fenómeno, por lo que su contenido y estructura debe corroborarse y ampliarse incluyendo información directa del médico particularmente en aspectos conductuales.

Errores Médicos. La estructura factorial del cuestionario de errores médicos agrupa 7 errores en dos factores: el *factor de errores clínicos* y el *factor de errores no clínicos*. Este cuestionario surge como una alternativa a la evaluación mono-ítem de los errores médicos (Hall y cols., 2016) que obtienen puntuaciones de confiabilidad y validez predictiva

inferiores a las escalas con mayor número de ítems (Diamantopoulos, Sarstedt, Fuchs, Wilczynski, y Kaiser, 2012). Además, en contraste con el cuestionario de errores médicos que se ha publicado recientemente (ver Tsiga, Panagopoulou, y Montgomery, 2017), el cuestionario que se valida en esta investigación, constituye una herramienta que puede aplicarse a diferentes especialidades y además su estructura ha sido evaluada mediante análisis factorial.

Rendimiento Médico. La estructura factorial del cuestionario de rendimiento médico consta de 8 ítems agrupados en dos factores: el factor de *Rendimiento Clínico* y el factor de *Rendimiento con Pacientes*. Este cuestionario ofrece la posibilidad de evaluar el rendimiento en la profesión médica, contrario a investigaciones previas en las que la evaluación se realizaba a través de instrumentos genéricos (Demerouti, Bakker, y Leiter, 2014) o académicos (Klein, Grosse Frie, Blum, y von dem Knesebeck, 2010). Además, proporciona una opción para evaluar el adecuado desempeño y no solo la ausencia de errores, ya que suponer que el rendimiento es óptimo cuando no se cometen errores, podría llevar a conclusiones inadecuadas.

Una posible deficiencia del cuestionario de rendimiento es que solo evalúa la perspectiva del médico y en la literatura se reporta la importancia de incluir al paciente, los compañeros de trabajo y los supervisores (Donnon, Al Ansari, Al Alawi, y Violato, 2014) con el objetivo de unificar criterios.

En resumen, las tres escalas se consideran aportaciones relevantes para la evaluación, aunque para confirmar su validez y estructura es importante que sean aplicadas en otras poblaciones con un tamaño muestral superior que permita que las cargas de los factores tengan más probabilidad de converger adecuadamente (Wolf, Harrington, Clark, y

Miller, 2013). Además, la validez de instrumento sería más consistente si se incluye el método de validez convergente y discriminante (Campbell y Fiske, 1959).

4.2. Síndrome de Desgaste Profesional Médico (SDPM)

De acuerdo con los puntos de corte que propone el Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM), el 7% ($X=2.19$) de los médicos encuestados mostró un alto nivel de afectación en el síndrome, lo cual corresponde con la prevalencia reportada en un grupo de médicos especialistas evaluado con el mismo instrumento (Gálvez Herrer, 2007). Mientras que, en poblaciones evaluadas con otros instrumentos (Dyrbye y cols., 2013; Dyrbye y cols., 2014; Shanafelt y cols., 2015; Kealy, Halli, Ogrodniczuk, y Hadjipavlou, 2016; Tawfik, Phibbs, Sexton, Kan, y Sharek, 2017), los porcentajes son muy superiores a los que se encontraron en esta investigación, incluso en población mexicana (Castañeda Aguilera y Alba, 2010; Juárez-García y cols., 2014). Estos datos corroboran la afirmación de que las puntuaciones escalares que propone el CDPM obtienen porcentajes más cercanos a la realidad que los puntos de corte con criterios poblacionales (Gálvez Herrer, 2007).

Aunque el porcentaje con nivel alto del SDPM es inferior al de otras poblaciones, el 40% puntúo con nivel medio, por lo que se deben considerar estrategias de intervención y de prevención (Ahola, Toppinen-Tanner, y Seppänen, 2017).

En cuanto a las prevalencias por dimensión, los resultados para el agotamiento emocional coinciden con los reportados en la literatura, en donde se ubica al cansancio emocional como la dimensión más prevalente (Ogundipe, Olagunju, Lasebikan, y Coker, 2014a; Olvera-Islas, Téllez-Villagra, y Avilés, 2015; Rath, Huffman, Phillips, Carpenter, y Fowler, 2015), mientras que la el distanciamiento laboral fue la menos prevalente, lo que coincide con lo reportado por otros autores, que también indican que los índices de

fiabilidad del distanciamiento laboral suelen ser bajos (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal, y Redonda, 2001). Además, se ha encontrado que el distanciamiento laboral se experimenta de forma diferente en contextos individualistas que en colectivistas (Kulakowa, 2016). Desde esta perspectiva, los médicos pueden experimentar sentimientos de distanciamiento asociados a su trabajo, pero difícilmente de sus pacientes.

Con respecto a la dimensión de pérdida de expectativas, llama la atención que más de la mitad de los médicos puntúa con nivel medio y alto, indicando con ello que la mayoría perciben que el impacto y reconocimiento de su trabajo no corresponde con lo esperado. Estos datos apoyan la propuesta de los autores del Cuestionario del Síndrome de Desgaste Profesional Médico, que mencionan la pérdida de expectativas como una parte importante del síndrome en esta profesión (Gálvez Herrero, 2007).

4.2.1. Variable sociodemográficas y sociolaborales

En esta investigación, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo edad, estado civil, relaciones personales y número de hijos. En la literatura la mayoría de estas variables han mostrado resultados contradictorios excepto en el caso del estado civil, ya que de forma consistente se reporta a los solteros como más vulnerables al síndrome (Maslach et al., 2001) aunque también existen estudios en población médica que no muestran diferencias en esta variable (Palacios-Nava y Paz-Román, 2014).

En el caso de las variables sociolaborales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por especialidad y condición laboral. Se identificó que la especialidad de anestesiología obtuvo medias superiores a las de cirugía general y medicina interna en la dimensión de agotamiento emocional, sin embargo, debido al tamaño de

muestra por especialidad y a que los datos provienen de una única institución, no se cuenta con suficientes elementos para explicar estas diferencias.

Para la condición laboral, los médicos adscritos obtuvieron medias significativamente inferiores a la de los médicos residentes en todas las variables antecedentes y en las tres dimensiones del síndrome. Estos datos coinciden con estudios en los que se reconoce a la residencia como uno periodo especialmente estresante y de mayor vulnerabilidad para el padecimiento del síndrome (Dyrbye y Shanafelt, 2016). Desde esta perspectiva, el estrés laboral en médicos *residentes* proviene de múltiples fuentes y la *sobrecarga laboral, la presión temporal y los problemas de gerencia y supervisión*, que en este estudio se manifiestan con medias superiores a las de los médicos adscritos, pueden argumentarse, si se consideran que en las instituciones de salud, ante la falta de personal, se dispone del médico residente como una de las principales fuerzas de trabajo. Los estudios indican que los médicos adscritos delegan al residente parte importante de su trabajo clínico y administrativo (Rodríguez Marín, 1995). Además se ha reportado que los residentes sufren de trato desconsiderado y castigos de guardias adicionales o trabajo extra (Derive, Casas Martínez, Obrador Vera, Villa, y Contreras, 2017).

Las diferencias entre médicos adscritos y residentes en la variable *conflicto de rol*, coinciden con autores que reportan que, desempeñar funciones como estudiantes y como clínicos implica el cumplimiento de demandas incompatibles (Schaufeli, Bakker, van der Heijden, y Prins, 2009; Tunc y Kutanis, 2009), además como parte de su formación, el médico residente debe rotar por diferentes servicios y trabajar con múltiples equipos, lo cual favorece la percepción de estar recibiendo indicaciones contradictorias y poco claras. Además de ha reportado que el médico residente invierte gran parte de su tiempo en

actividades que evocan carga y rutina (Anagnostopoulos, Demerouti, Sykioti, Niakas, y Zis, 2015).

Para explicar las diferencias entre médicos residentes y adscritos en la *indefensión médica*, es importante hacer alusión a los primeros años de la carrera profesional, en los cuales existen dos fenómenos, uno es que las expectativas suelen ser más idealistas (Edelwich y Brodsky, 1980) y el otro es que la falta de experiencia podría contribuir a que el médico espere resultados que no van acorde con el criterio clínico real o aplique tratamientos poco adecuados para la enfermedad y por este motivo el paciente no responda. Esta falta de experiencia también podría explicar las diferencias en el *rendimiento y errores médicos*, entre residentes y adscritos (Aguirre-Gas y Vázquez-Estupiñán, 2006).

Por su parte, se encontró que el *conflicto trabajo-familia* se asocia principalmente a la sobrecarga y el conflicto de rol (Michel y cols., 2011) mientras que los *deseos de abandono* se relacionan con un pobre liderazgo, altas demandas laborales y problemas con los pacientes (Heponiemi y cols., 2009), por lo que, considerando las condiciones de trabajo de los médicos residentes, se puede entender que tengan medias superiores a las de los adscritos en estas dos variables. Además, en el caso de las intenciones de abandono se ha reportado que durante los primeros años de la profesión existe mayor probabilidad de que el médico cambie de profesión (Dyrbye y cols., 2013).

Tanto el *distanciamiento psicológico* como la *satisfacción laboral* intrínseca, aparecen con medias superiores en médicos adscritos que en médicos residentes, es decir, los médicos residentes muestran menor capacidad para desconectar después del trabajo y se encuentran menos satisfechos con él. Los datos coinciden con los estudios en los que se reporta que, más de la mitad de los médicos residentes tienen dificultades para distanciarse

psicológicamente (Cranley, Cunningham, y Panda, 2016) y que la satisfacción laboral se asocia a los años (Dyrbye y cols., 2013).

4.3. Modelo 1: Modelo Secuencial

Los análisis del desarrollo secuencial de síndrome replican el modelo que se ha reproducido con mayor frecuencia en la literatura (Gan y Gan, 2014), el cual señala que, el agotamiento emocional favorece el distanciamiento laboral y este a su vez desencadena en la pérdida de expectativas (Leiter y Maslach, 1988). Estos datos fueron corroborados mediante análisis de mediación (Hayes, 2013), lo cual supone una ventaja respecto a otros estudios que solo incluyen los ajustes del modelo. No obstante es importante considerar que los resultados serían más precisos con datos longitudinales (Wang y Wang, 2012).

4.4. Modelo 2: Modelo general del SDPM

En el modelo 2, los análisis indican que más de la mitad de la varianza del SDPM se explica por el conjunto de las variables antecedentes propuestas. La *sobrecarga laboral*, tal y como se reporta en la literatura, fue la variable que predijo con mayor fuerza el SDPM, (Amofo y cols., 2015; Dyrbye y Shanafelt, 2016; Dyrbye y cols., 2013). También se encontró que, de forma consistente con otros estudios, la *presión temporal* y el *conflicto de rol* se asocian a mayor SDPM (An y cols., 2009; Ghorpade y cols., 2011; Linzer y cols., 2009; Tunc y Kutanis, 2009).

A su vez se identificó al SDPM como una variable mediadora de los deseos de abandono y el conflicto trabajo-familia, lo cual indica que la sobrecarga, la presión temporal y en conflicto de rol contribuyen a la aparición del síndrome y este a su vez, impacta en los *deseos de abandono* y el *conflicto trabajo-familia*. En el caso de la presión

temporal se mantiene el efecto directo en el conflicto-trabajo familia, por lo que los médicos que perciben que el tiempo dedicado al trabajo es excesivo y la exigencia temporal desbordante, tendrán más dificultades para desempeñar su rol habitual en casa, aunque no necesariamente a causa del SDPM. En los estudios sobre los antecedentes del conflicto trabajo-familia, se ha encontrado que el estrés de rol es la variable que lo explica mejor (Michel, Kotrba, Mitchelson, Clark, y Baltes, 2011).

En lo que, a los *problemas de gerencia y supervisión* respecta a pesar de que en el análisis de regresión se asocia significativamente al SDPM, al incluir todas las variables en el modelo, esta relación desaparece, por lo que es importante evaluar el papel que desempeña al interactuar con el resto de las variables. Llama la atención la asociación negativa entre los problemas de gerencia y supervisión y el conflicto trabajo-familia ya que contradice los resultados encontrados hasta ahora (Michel, Kotrba, Mitchelson, Clark, y Baltes, 2011). Esta relación indica que cuando se perciben problemas con los supervisores la familia se configura como un tiempo y espacio alternativo y se atiende mejor el rol que se desempeña en casa; es posible que esta relación se dé como una forma de búsqueda de apoyo social en la familia.

Indefensión Médica. Los resultados indican que el constructo de indefensión médica funciona como un elemento antecedente del SDPM, lo cual coincide con los reportes de estudios previos, que indican que las emociones que surgen ante el fracaso terapéutico se asocian al síndrome (Meier y cols., 2001).

Adicionalmente se encontró que la indefensión médica explica parte de la varianza de los errores y el rendimiento médico. Los datos indican que el rendimiento se ve afectado y se comete mayor cantidad de errores cuando el médico se siente agobiado, desorientado, frustrado e impotente por no lograr establecer un diagnóstico y/o cuando un tratamiento no

da los resultados esperados. Estos datos pueden explicarse a través de los dos momentos que se describen en la respuesta de la indefensión, la hiper-implicación y la hipo-implicación (Back y cols., 2015). En la hiper-implicación, el rendimiento podría verse afectado debido a sesgos de atención, que producen que el médico sobrevalore, menosprecie o pierda de vista signos y síntomas importantes para el diagnóstico y/o el tratamiento que está aplicando (Croskerry, 2003). En cuanto a la hipo-implicación, el rendimiento se puede ver afectado por la subestimación del resultado, el cual puede ser evaluado de forma prematura y percibido como un fracaso (Croskerry, 2003), por lo que el médico deja de esforzarse por encontrar una solución a la problemática del paciente.

La indefensión médica también resultó ser una variable predictora del conflicto trabajo-familia, es decir los médicos con pacientes de difícil diagnóstico y/o que no responden al tratamiento, tienen más dificultades para realizar sus actividades en casa, lo cual podría explicarse por la cantidad de tiempo que se invierte en estos pacientes y la rumiación sobre cómo resolver la situación, que dificulta dejar de pensar en el trabajo durante las horas de descanso (Vandevala y cols., 2017).

La indefensión médica ha demostrado ser una variable que explica aspectos importantes de la profesión, por lo que su estudio y caracterización resulta conveniente. Dentro de los aspectos que resultan de interés se encuentra la exploración de la relación de la indefensión con los errores y el rendimiento que resultaron ser las dos variables que predice con mayor fuerza. Por otra parte el estudio de la indefensión médica debe incluir variables de personalidad que ayuden a diferenciar y predecir las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales que surgen ante la imposibilidad de dar solución a todos los problemas clínicos.

El modelo general también muestra que, la *satisfacción laboral* intrínseca predice negativamente el SDPM y los deseos de abandono, lo cual significa que quien perciba libertad para elegir su propio método de trabajo y obtenga reconocimiento por el trabajo bien hecho, experimenta menor nivel de afectación del SDPM y tiene menos deseos de cambiar de área o profesión. Aquí es importante mencionar que la fuerza de asociación de la satisfacción laboral con el síndrome aunque significativa es baja, lo cual coincide con la propuesta de que el síndrome esta mejor descrito por las demandas laborales que por los recursos (Demerouti y cols., 2014).

El *distanciamiento psicológico*, predice negativamente el rendimiento médico y el conflicto trabajo-familia. La habilidad de las personas de desconectar del trabajo, contribuye a que al llegar a casa puedan relajarse y recuperarse del estrés laboral del día lo cual además impacta positivamente en su rendimiento (Sonnentag y Fritz, 2015).

Finalmente, de los resultados en el modelo 2 se puede deducir que, de forma general, el modelo procesual transaccional del SDPM mantiene su estructura (Moreno-Jiménez, Barbaranelli, y cols., 2012) es decir, si el único dato que se utiliza para evaluar la estructura el modelo son los índices de ajuste, como se ha hecho en otros estudios (Moreno-Jiménez, Barbaranelli, et al., 2012; Moreno Jiménez, Gálvez Herrer, Garrosa Hernández, y Mingote Adán, 2006), entonces el orden y las variables propuestas se mantienen, mientras que si se considera el análisis de los efectos indirectos, la puntuación global del SDPM no fungiría como variable mediadora para los errores y el rendimiento médico. No obstante, al interpretar estos datos es importante considerar que las escalas de errores y el rendimiento médico no suponían el planteamiento de un modelo de segundo orden, lo cual pudo afectar el análisis de mediación.

4.5. Modelo 3: Estrés de rol, Desgaste Profesional y Rendimiento Médico

En el modelo 3 se evaluó el efecto mediador del agotamiento emocional y el distanciamiento laboral en los errores y el rendimiento médico. El modelo propone que la sobrecarga y la presión temporal se asocian directamente al agotamiento emocional, mientras que el conflicto de rol se asocia al distanciamiento laboral. Estos datos coinciden en estudios en los que se considera la sobrecarga como un antecedente importante del agotamiento emocional (Ogundipe, Olagunju, Lasebikan, y Coker, 2014b), mientras que discrepan con la evidencia en la que el conflicto de rol se asocia solo al agotamiento emocional (Pomaki, Supeli, y Verhoeven, 2007; Schaufeli, Bakker, y cols., 2009). Aunque también existe evidencia de la relación de la sobrecarga con el distanciamiento laboral (Lin, 2012).

El resultado de los efectos indirectos indica que el agotamiento emocional, contribuye a que los médicos experimenten baja implicación con los pacientes, las tareas y la profesión en general (distanciamiento laboral) impactando así en la comunicación y gestión de problemas psicosociales del paciente (rendimiento con pacientes). También se identificó que la pérdida de energías (agotamiento emocional) que se genera por la sobrecarga y la presión temporal incrementan los errores y disminuyen el rendimiento médico. Al parecer los errores y el rendimiento clínico se explican mejor a través del agotamiento emocional, lo cual se corrobora en un meta-análisis sobre el síndrome y la calidad en los cuidados del paciente en el cual, el agotamiento emocional es la dimensión que se asocia con mayor fuerza a calidad en el servicio asistencial (Salyers y cols., 2017), mientras que el distanciamiento laboral impacta el rendimiento con pacientes (Halbesleben y Rathert, 2008)

Además, la presión temporal y el conflicto de rol impactan en las variables consecuentes sin que necesariamente sea a través del agotamiento emocional o el distanciamiento laboral. Los datos indican que, tener exceso de trabajo incrementa los errores médicos, mientras que no contar con suficiente tiempo afecta la calidad en la atención a los pacientes. Por su parte, que se asignen tareas sin el material necesario para completarlas, el trabajo en cosas innecesarias y las indicaciones contradictorias (conflicto de rol) se asocian positivamente a los errores y el rendimiento clínico.

Finalmente, se encontró que el modelo planteado explica mayor porcentaje de la varianza de los errores que otras investigaciones (Salyers y cols., 2017), lo cual podría explicarse por la utilización de una nueva herramienta de evaluación de los errores. Además, en este modelo se encontró que el porcentaje de varianza explicada es mayor para los errores que para el rendimiento, tanto clínico como con pacientes, lo cual coincide con la afirmación de que el *engagement* predice con mayor fuerza el rendimiento de lo que el SDPM podría afectarlo (Demerouti y cols., 2014).

Los resultados del modelo 3, corroboran el impacto del síndrome en los errores y el rendimiento, lo cual corrobora de forma consistente con los estudios en los que se asocian estas variables (Chen y cols., 2013; Salyers y cols., 2017; Shanafelt y cols., 2010; Tsiga, Panagopoulou, y Montgomery, 2017; Welp, Meier, y Manser, 2014; West y cols., 2006), sin embargo este estudio muestran la ventaja de evaluar el rendimiento médico incluyendo tanto los errores, como las actividades en las que se ha tenido un buen desempeño, mediante un modelo que evalúa el proceso por el cual el rendimiento disminuye. Además permite la diferenciación del impacto en el área clínica y en el área con pacientes.

4.5.1. Moderación del distanciamiento psicológico.

La evaluación de la interacción del distanciamiento psicológico con la gerencia y supervisión, la indefensión médica y la pérdida de expectativas mostró que, la habilidad para desconectar del trabajo, no modera la relación entre la sobrecarga y el agotamiento emocional, ni entre el conflicto de rol y el distanciamiento laboral. Estos resultados pueden explicarse debido a que la sobrecarga supone la realización de una serie de esfuerzos que implican el consumo de energía y la fatiga física (Shirom, Nirel, y Vinokur, 2006) por lo que la recuperación al estrés tendría que ver en mayor medida con estrategias orientadas al descanso. Por su parte, el conflicto de rol supone dificultades asociadas al descontento en la interacción con otros, por lo que más que olvidarse de lo que ocurre, al médico podría resultarle útil el uso de estrategias en las que se mantenga conectado con su situación laboral y a través de la búsqueda de vías que le permitan aliviar su sensación y buscar soluciones al problema (Sonnentag y Fritz, 2015).

Finalmente se encontró que el distanciamiento psicológico modera el impacto de la presión temporal en el agotamiento emocional. Los resultados indican que cuando el médico no consigue dejar de pensar en las tareas que por falta de tiempo han quedado sin terminar, el impacto en el agotamiento emocional será mayor, mientras que distanciarse tendrá el efecto contrario. Aunque es importante mencionar que el efecto es superior cuando no existe el distanciamiento psicológico que cuando existe, es decir continuar pensando en las actividades del trabajo después de la jornada laboral afecta más a la salud de lo que desconectar la favorece, aunque ello no significa que el impacto del distanciamiento psicológico no sea importante.

En resumen, el distanciamiento psicológico es una variable que contribuye a moderar los efectos del síndrome, aunque funciona mejor ante situaciones en las que la desconexión cognitiva es necesaria (De Jonge y cols., 2012). Sin embargo resultaría interesante evaluar si una vez que ya se tiene el síndrome existen posibilidades de distanciarse del trabajo y si esto impactaría en los consecuentes. Además es importante identificar las estrategias que utilizan los médicos para distanciarse psicológicamente del trabajo, así como las variables que intervienen para que el distanciamiento psicológico no siempre resulte ser una variable moderadora.

4.6. Modelo 4: Indefensión Médica, Pérdida de Expectativas y Deseos de Abandono.

En el modelo 4 se evaluó el efecto mediador de la pérdida de expectativa en los deseos de abandono de la profesión. Los datos indican que los problemas de gerencia y supervisión y la indefensión médica contribuyen a que el médico perciba que el agradecimiento, reconocimiento e impacto que está recibiendo no cumple con sus expectativas, por lo que aparecen pensamientos asociados al abandono de la profesión.

Estos datos coinciden con lo reportado por otros autores que atribuyen la pérdida de expectativas a objetivos poco realistas con respecto a la salud del paciente (Gálvez Herrer, 2007) y a la relación con las instituciones de trabajo y con gerentes y supervisores (Halbesleben y B., 2006). De acuerdo al modelo de desgaste profesional de Pines (1993), cuando la motivación es alta y las expectativas no se cumplen, aparece la desilusión. Además, la indefensión médica y la falta de reconocimiento de los supervisores, puede impactar en la autoconfianza profesional (Thomson Page y Cooper, 1993), contribuyendo así a la falta de realización personal y las intenciones de abandono.

4.6.1. Moderación de la satisfacción laboral

Se evaluó la interacción de la satisfacción laboral intrínseca con los problemas de gerencia y supervisión, la indefensión médica y la pérdida de expectativas.

Los resultados en el caso de los *problemas de gerencia y supervisión y la pérdida de expectativas* permiten llegar a tres afirmaciones: la primera es que el efecto de los problemas de gerencia y supervisión en la pérdida de expectativas es menor cuando la satisfacción es alta que cuando es baja. La segunda afirmación es que, el tamaño del efecto en la interacción es mayor cuando la satisfacción laboral es baja, es decir que tendrá mayor impacto no sentirse satisfecho que estarlo, y el tercer elemento es que cuando los problemas de gerencia y supervisión son altos, el efecto amortiguador de la satisfacción disminuye, es decir que si los supervisores dan muchos problemas aunque la satisfacción se mantiene como una variable moderadora sus efectos de interacción disminuyen.

En la interacción de satisfacción laboral con *la indefensión médica y la pérdida de expectativas*, los datos indican que, estar satisfecho con las oportunidades que se tienen para elegir el método de trabajo, la responsabilidad que se ha asignado, la variedad de tareas y la posibilidad de utilizar las capacidades con las que se cuenta, disminuirá el efecto de la indefensión médica en la pérdida de expectativas. En el caso de esta interacción, contrario a lo que se encontró con los problemas de gerencia y supervisión, el tamaño del efecto de la alta satisfacción laboral es superior al de la baja.

Estos datos refuerzan a la autonomía en el trabajo (Heponiemi y cols., 2009), el reconocimiento (Peiró y Rodríguez, 2008) , el uso de las capacidades con las que se cuenta, la realización de actividades acordes a la formación y la carga laboral apropiada a los recursos (Friedberg y cols., 2013) como elementos importantes para que, el médico perciba

que su labor está teniendo significado y se mantenga motivado, ya que su compromiso con la tarea disminuirá sus deseos de abandono (Moreno-Jiménez, Gálvez-Herrer, y cols., 2012).

4.7. Modelo 5: Agotamiento emocional y sus efectos sobre la familia y la pareja.

Además de las consecuencias organizacionales, el SDPM impacta en las relaciones personales de los médicos. En el modelo 5 se comprueba el impacto del agotamiento emocional en el conflicto trabajo-familia y la relación de pareja. Los resultados muestran que el agotamiento emocional puede ser considerado una de las razones por las cuales al personal médico le resulta complicado atender sus obligaciones en casa y pasar tiempo con su familia y amigos, lo cual a su vez tiene un efecto en la relación de pareja. Estos datos coinciden con estudios en población médica en donde se asocia el conflicto trabajo-familia al SDPM (Dyrbye, West, Satele, Sloan, y Shanafelt, 2011; Shanafelt, Hasan, y cols., 2015), en particular al agotamiento. Además concuerdan con que el síndrome impacta la relación de pareja (Bagherzadeh y cols., 2016), confirmando que la tensión se transfiere de un dominio a otro (Demerouti, Bakker, y Schaufeli, 2005).

Atendiendo a los detalles, el modelo indica que la relación del agotamiento emocional a través del conflicto trabajo-familia en el pareja, explica con mayor fuerza las actividades de cohesión con la pareja (Leiter y Durup, 1996) que las situaciones que impactan en la satisfacción, lo cual indica que, la principal fuente de los problemas en la relación con la pareja no proviene de dificultades laborales. En la literatura se reporta que el impacto de los problemas laborales dependerá de que tan bien se lleven las parejas (Leiter y Durup, 1996).

En el modelo también se encontró que, a pesar de que en el análisis bivariado, la asociación de la presión temporal con la cohesión con la pareja es negativa, en el modelo, esta asociación se hace positiva. Esta relación podría explicarse como una forma de recuperación al estrés, es decir ante la presión temporal el médico busca realizar actividades con su pareja que le permitan distanciarse del trabajo, lo cual coincide con los datos que se plantean en el modelo 3, en donde se comprueba el efecto amortiguador del distanciamiento psicológico entre la presión temporal y el agotamiento emocional, sin embargo para corroborar estos efectos es importante explorar la interacción de las variables.

Finalmente, los resultados indican que el porcentaje de la varianza que explica tanto para la satisfacción como para la cohesión con la pareja es bajo, lo cual resulta comprensible dado que la interacción entre la pareja y su funcionamiento se explican mejor por variables como el compromiso, la confianza (Meuwly y Schoebi, 2017) y en general el bienestar psicológico de las personas que forman parte de la relación.

En resumen, el modelo que aquí se presenta ha permitido identificar e integrar al modelo original variables importantes para el proceso del SDPM. Se propone el estudio de la indefensión médica como una variable de especial interés en el SDPM y la incorporación de los errores y el rendimiento médico como dos consecuencias que, considerado la creciente importancia en temas relacionados con la seguridad del paciente, podrían incrementar la sensibilización en cuando a la implementación de estrategias de prevención e intervención del síndrome en las instituciones de salud.

Por otra parte la incorporación del impacto del SDPM en la relación de pareja resulta novedosa en población médica, ya que aunque se ha estudiado, los estudios han sido limitados sobretudo a su asociación con el síndrome.

Por último este modelo incluye el uso de una metodología de evaluación compleja mediante el programa Mplus que, a diferencia de otros programas, cuenta con el potencial de incluir múltiples niveles y mediadores en los análisis, incluso con variables latentes (García, Seco, y Ato Lozano, 2014).

4.8. Limitaciones Generales

Aunque en el apartado de discusión se incluyen algunos de los inconvenientes y sugerencias acerca de los resultados encontrados, en esta sección se describen de forma general las limitaciones de la investigación.

Diseño. El diseño transversal de la investigación limita el establecimiento de conclusiones acerca de la causalidad en la dirección de las variables, además la utilización exclusiva de la evaluación cuantitativa, a través de medidas de autoinforme, limita el entendimiento del porqué de las relaciones encontradas. En base a ello, se sugieren estudios longitudinales que no se limiten al uso de variables latentes y que complementen la información con métodos cualitativos que permitan corroborar los modelos planteados.

Muestra. Aunque durante la realización de los análisis estadísticos se tomaron en cuenta las recomendaciones que ofrece la literatura para el tratamiento adecuado de los datos, al considerar el número de variables utilizadas y la validación de las escalas, la cantidad de sujetos es limitada. Se sugiere la ampliación de la muestra en particular en la validación de los instrumentos, en donde la muestra fue dividida.

Aunado al tamaño de la muestra, es importante mencionar que ésta proviene de un único centro de salud, y aunque es representativa de esta institución, esta situación limita la generalización de los resultados a población médica de otras instituciones y países.

4.9. Conclusiones Generales

- El modelo teórico propuesto obtuvo adecuados índices de ajuste, aunque en el caso del rendimiento y los errores médicos la función mediadora del síndrome no resultó estadísticamente significativa.
- Las tres escalas evaluadas obtuvieron adecuados índices ajuste y fiabilidad, lo cual concuerda con la hipótesis planteada.
- El agotamiento emocional es la dimensión con mayor media y frecuencia, mientras que el distanciamiento laboral resultó ser la dimensión menos frecuente.
- De las variables sociodemográficas y sociolaborales la única que mostró diferencias significativas fue la condición laboral.
- El modelo secuencial de desarrollo del SDPM fue el de Agotamiento emocional-distanciamiento laboral-pérdida de expectativas.
- La indefensión médica resultó ser una variable antecedente del síndrome con un impacto similar al de las variables organizacionales.
- Las variables organizacionales sobrecarga laboral, presión temporal y conflicto de rol son antecedentes del SDPM, mientras que la variable de problemas de gerencia y supervisión mostró datos contradictorios.
- Tanto el agotamiento emocional como el distanciamiento laboral predicen los errores y el rendimiento médico a través de diversos mecanismos.
- La dimensión de pérdida de expectativas predice los deseos de abandono.
- El conflicto trabajo-familia es una consecuencia del agotamiento emocional que repercute en la relación con la pareja, especialmente en las actividades que comparten juntos.

- El distanciamiento psicológico modera la relación entre la presión temporal y el agotamiento.
- La satisfacción laboral modera la relación entre indefensión médica y pérdida de expectativas y problemas de gerencias y supervisión y pérdida de expectativas.

4.10. Implicaciones Prácticas.

Existe evidencia suficiente para afirmar la importancia de atender el SDPM. Sin embargo, son pocas las instituciones de salud que atienden esta necesidad, entre otras cosas debido a que, se les dificulta identificarla como una prioridad frente a otros temas en los que identifican de forma evidente la pérdida de recursos.

Los hallazgos que aquí se presentan constituyen una forma de poner en evidencia los beneficios que supondrían para las instituciones de salud, prevenir y atender el SDPM. Para ello es importante hacer alusión a dos puntos, uno la creciente importancia y regulación de la seguridad del paciente y otro el ahorro que supondría la atención del síndrome si se considera que éste explica al menos el 27% de los 1334 errores cometidos. Por lo que la atención el síndrome contribuiría a mejorar la seguridad del paciente, parte importante de la certificación en las instituciones de salud y supondría el ahorro de los costos que supone cometer errores. Por otra parte, los deseos de abandono de la profesión podrían traducirse en pérdida de personal, suponiendo con ello el aumento del desequilibrio entre el personal y la demanda poblacional, con las implicaciones que ello conlleva.

Los resultados de esta investigación sugieren que el médico podría ser capacitado en el desarrollo de estrategias que mejoren la optimización de su tiempo, sus habilidades asertivas y sus estrategias de recuperación. Además se sugiere poner especial énfasis en el ajuste de las expectativas, para que el médico consiga equilibrarlas con la realidad y pueda dar mayor importancia al proceso que al logro final. Finalmente, se destaca la importancia de saber gestionar las emociones que resultan ante la percepción de fracaso terapéutico.

De forma adicional a las estrategias en médicos, acorde con los resultados, los programas de atención del síndrome pueden incluir estrategias que permitan a gerentes y supervisores mejorar la relación con su subordinados, ya que, aunque el desabasto de personal y materiales no dependa exclusivamente de ellos, la forma en la que lo gestionan sí, y en este sentido reconocer el trabajo del médico e incluirlo en la solución de los problemas que le competen, podría fomentar su autonomía y contribuir a que el gestione mejor las demandas laborales.

No obstante los cambios más importantes deben provenir de las instituciones ya que el personal puede aprender a gestionar mejor el estrés y las relaciones con sus compañeros, pero si las condiciones laborales no mejoran el síndrome terminará por desarrollarse y las intervenciones a nivel individual se convertirán exclusivamente en una atención paliativa.

Referencias

- Abdulghani, H. M., Al-Harbi, M. M., y Irshad, M. (2015). Stress and its association with working efficiency of junior doctors during three postgraduate residency training programs. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 3023–9. <https://doi.org/10.2147/NDT.S92408>
- Adán, J., y Herrero, M. (2011). El estrés del médico. *Más Dermatología*, 15, 16–19. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3768494.pdf>
- Aguirre-Gas, H. G., y Vázquez-Estupiñán, F. (2006). El error médico. Eventos adversos. *Cir Ciruj*, 74, 495–503. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc066n.pdf>
- Aguirre-Gas, H. G., Zavala-Villavicencio, J. A., Hernández-Torres, F., y Fajardo-dolci, G. (2010). Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cirugía Y Cirujanos*, 78(5), 456–462.
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., y Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, 4, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001>
- Allen, T. D., Herst, D. E. L., Bruck, C. S., y Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 278–308. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.2.278>
- Amofo, E., Hanbali, N., Patel, A., Singh, P., TD, S., y P, C. (2015). What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational Medicine*, 65(2), 117–121. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu144>
- An, P. G., Manwell, L. B., Williams, E. S., Laiteerapong, N., Brown, R. L., Rabatin, J. S., ... Linzer, M. (2013). Does a higher frequency of difficult patient encounters lead to lower quality care? *The Journal of Family Practice*, 62(1), 24–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23326819>

- An, P. G., Rabatin, J. S., Manwell, L. B., Linzer, M., Brown, R. L., & Schwartz, M. D. (2009). Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Archives of Internal Medicine*, 169(4), 410-414. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2008.549>
- Anagnostopoulos, F., Demerouti, E., Sykioti, P., Niakas, D., y Zis, P. (2015). Factors Associated with Mental Health Status of Medical Residents: A Model-Guided Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 22(1), 90–109. <https://doi.org/10.1007/s10880-014-9415-2>
- Aranda Beltrán, C., González Baltazar, R., Pando Moreno, M., y Hidalgo Santacruz, G. (2013). Factores de riesgo psicosocial laborales, apoyo social y síndrome de Burnout en médicos de familia de tres instituciones públicas de salud de Guadalajara (México). *Revista Salud Uninorte*, 29(3), 487–500.
- Back, A. L., Rushton, C. H., Kaszniak, A. W., y Halifax, J. S. (2015). Why are we doing this?: clinician helplessness in the face of suffering. *Journal of Palliative Medicine*, 18(1), 26–30. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0115>
- Bagherzadeh, R., Taghizadeh, Z., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., Pourreza, A., y Ebadi, A. (2016). Relationship of work-family conflict with burnout and marital satisfaction: cross-domain or source attribution relations? *Tabriz University of Medical Sciences*, 6(11), 31–36. <https://doi.org/10.15171/>
- Bakker, A. B., y Costa, P. L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research*, 1(3), 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.04.003>
- Balducci, C., Cecchin, M., y Fraccaroli, F. (2012). The impact of role stressors on workplace bullying in both victims and perpetrators, controlling for personal vulnerability factors: A longitudinal analysis. *Work y Stress*, 26(3), 195–212. <https://doi.org/10.1080/02678373.2012.714543>
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>

- Baruch-Feldman, C., Brondolo, E., Ben-Dayana, D., y Schwartz, J. (2002). Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 84–93. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.7.1.84>
- Beehr, T. A., Walsh, J. T., & Taber, T. D. (1976). Relationship of stress to individually and. *Journal of applied Psychology*, 61, 41–47.
- Berry, P. A. (2007). The absence of sadness: darker reflections on the doctor-patient relationship. *Journal of Medical Ethics*, 33(5), 266–268. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.015909>
- Byrne, B. M. (2011). *Structural equation modeling with Mplus*. New York: Taylor y Francis Group.
- Blackham, K. (2017). Attachment and the medical marriage: A qualitative analysis. *Dissertation Abstracts International*, 78.
- Block, L., Wu, A. W., Feldman, L., Yeh, H.-C., y Desai, S. V. (2013). Residency schedule , burnout and patient care among first - year residents. *Postgrad Med J*, 89, 495–500. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131743>
- Braithwaite, S. R., Selby, E. A., y Fincham, F. D. (2011). Forgiveness and relationship satisfaction: Mediating mechanisms. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 551–559. <https://doi.org/10.1037/a0024526>
- Briones, A., y Balcázar Rincón, L. E. (2015). Síndrome de desgaste profesional y su relación con el rendimiento académico en médicos residentes de un hospital de chiapas, México. *Investigación En Educación Médica*, 4(14), e20. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(15\)30066-1](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(15)30066-1)
- Brosschot, J. F., Pieper, S., y Thayer, J. F. (2005). Expanding stress theory: Prolonged activation and perseverative cognition. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1043–1049. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.04.008>
- Büchel, F., Spieß, C. K., Hasselhorn, H.-M., Schwappach, D., Rieger, M. A., Williams, E., ... Rhodes, E. (2002). Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *Vierteljahrshefte Zur Wirtschaftsforschung*, 71(1), 95–113. <https://doi.org/10.3790/vjh.71.1.95>

- Butow, P., Brown, R., Aldridge, J., Juraskova, I., Zoller, P., Boyle, F., ... Bernhard, J. (2015). Can consultation skills training change doctors' behaviour to increase involvement of patients in making decisions about standard treatment and clinical trials: a randomized controlled trial. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(6), 2570–83. <https://doi.org/10.1111/hex.12229>
- Campbell, D., y Fiske, D. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/bul/56/2/81/>
- Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M.-E., Gómez-García, C.-I., y Meseguer-De-Pedro, M. (2015). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *Anales de Psicología*, 31(2), 645–650. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.169791>
- Castañeda Aguilera, E., y Alba, J. E. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 67–84.
- Castellanos, J., y Edmundo, G. (2006). Síndrome de desgaste profesional en personal medico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de. *Revista Cubana de Medicina Intensiva Y*. Retrieved from http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol5_3_06/mie03306.htm
- Chang, A., Schyve, P. M., Croteau, R. J., O'Leary, D. S., y Loeb, J. M. (2005). The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2), 95–105. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi021>
- Chen, K.-Y., Yang, C.-M., Lien, C.-H., Chiou, H.-Y., Lin, M.-R., Chang, H.-R., y Chiu, W.-T. (2013). Burnout, Job Satisfaction, and Medical Malpractice among Physicians. *International Journal of Medical Sciences*, 10(11), 1471–1478. <https://doi.org/10.7150/ijms.6743>

- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of applied psychology*, 78(1), 98.
- Cramer, D. (2006). How a supportive partner may increase relationship satisfaction. *British Journal of Guidance y Counselling*, 34(1), 117–131. <https://doi.org/10.1080/03069880500483141>
- Cramer, D., y Jowett, S. (2010). Perceived empathy, accurate empathy and relationship satisfaction in heterosexual couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(3), 327–349. Retrieved from <http://spr.sagepub.com/content/27/3/327.short>
- Cranley, N. M., Cunningham, C. J. L., y Panda, M. (2016a). Understanding time use, stress and recovery practices among early career physicians: an exploratory study. *Psychology, Health y Medicine*, 21(3), 362–367. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1061675>
- Cranley, N. M., Cunningham, C. J. L., y Panda, M. (2016b). Understanding time use, stress and recovery practices among early career physicians: an exploratory study. *Psychology, Health y Medicine*, 21(3), 362–7. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1061675>
- Croskerry, P. (2003). The Importance of Cognitive Errors in Diagnosis and Strategies to Minimize Them. *Academic Medicine*, 78(8), 775–780. Retrieved from <http://www.jround.co.uk/error/reading/croskerry1.pdf>
- De Jonge, J., Spoor, E., Sonnentag, S., Dormann, C., y van den Tooren, M. (2012). “Take a break? ”: Off-job recovery, job demands, and job resources as predictors of health, active learning, and creativity. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 21(3), 321–348. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2011.576009>
- De Oliveira Jr, G. S., Chang, R., Fitzgerald, P. C., Almeida, M. D., Santana Castro-Alves, L., Ahmad, S., y McCarthy, R. J. (2013). The Prevalence of Burnout and Depression and Their Association with Adherence to Safety and Practice Standards: A Survey of United States Anesthesiology Trainees. *Anesthesia Y Analgesia*, 117(1), 182–193. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182917da9>
- De Vos, J. A., Brouwers, A., Schoot, T., Pat-El, R., Verboon, P., y Näring, G. (2016). Early career burnout among Dutch nurses: A process captured in a Rasch model. *Burnout Research*, 3(3), 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.06.001>

- Degen, C., Li, J., y Angerer, P. (2015). Physicians' intention to leave direct patient care: an integrative review. *Human Resources for Health*, 13, 74. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0068-5>
- Deligkaris, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A. J., y Masoura, E. (2014). Job burnout and cognitive functioning: A systematic review: *Work y Stress*, 28(2), p107-123. <https://doi.org/10.1080/02678373.2014.909545>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., y Leiter, M. (2014). Burnout and job performance: The moderating role of selection, optimization, and compensation strategies. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(1), 96–107. <https://doi.org/10.1037/a0035062>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., y Schaufeli, W. B. (2005). Spillover and crossover of exhaustion and life satisfaction among dual-earner parents. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 266–289. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2004.07.001>
- Derive, S., Casas Martínez, M. de la L., Obrador Vera, G. T., Villa, A. R., y Contreras, D. (2017). Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Investigación En Educación Médica*, In press. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>
- Diamantopoulos, A., Sarstedt, M., Fuchs, C., Wilczynski, P., y Kaiser, S. (2012). Guidelines for choosing between multi-item and single-item scales for construct measurement: a predictive validity perspective. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40(3), 434–449. <https://doi.org/10.1007/s11747-011-0300-3>
- Donnon, T., Al Ansari, A., Al Alawi, S., y Violato, C. (2014). The Reliability, Validity, and Feasibility of Multisource Feedback Physician Assessment. *Academic Medicine*, 89(3), 511–516. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000147>
- Dyrbye, L. N., McMurray, J., Linzer, M., Konrad, T., Douglas, J., Shugerman, R., y Nelson, K. (2011). Relationship Between Work-Home Conflicts and Burnout Among American Surgeons. *Archives of Surgery*, 146(2), 211. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.310>
- Dyrbye, L. N., Varkey, P., Boone, S. L., Satele, D. V., Sloan, J. A., y Shanafelt, T. D. (2013). Physician Satisfaction and Burnout at Different Career Stages. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1358–1367. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.07.016>

- Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., y Shanafelt, T. D. (2014). Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. *Academic Medicine*, 89(3), 443–451. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000134>
- Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Sloan, J. A., y Shanafelt, T. D. (2011). Work/Home Conflict and Burnout Among Academic Internal Medicine Physicians. *Archives of Internal Medicine*, 171(13), 1207. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.289>
- Dyrbye, L., y Shanafelt, T. (2016). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical Education*, 50(1), 132–149. <https://doi.org/10.1111/medu.12927>
- Eelen, S., Bauwens, S., Baillon, C., Distelmans, W., Jacobs, E., y Verzele, A. (2014). The prevalence of burnout among oncology professionals: oncologists are at risk of developing burnout. *Psycho-Oncology*, 23(12), 1415–1422. <https://doi.org/10.1002/pon.3579>
- Epstein, R. M., y Back, A. L. (2015). Responding to Suffering. *JAMA*, 314(24), 2623. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.13004>
- Escribà-Agüir, V., y Bernabé-Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Pública*, 76, 595–604. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/original9.pdf>
- Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., ... Landrigan, C. P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 336(7642), 488–491. <https://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE>
- Fibuch, E., y Ahmed, A. (2015). Physician turnover: a costly problem. *Physician Leadership Journal*, 2(3), 22–25. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1699520097/fulltextPDF/7AB62572BF6A4FA8PQ/1?accountid=14478>
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4 ed.). London: SAGE.

- Figueiredo-Ferraz, H., Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P. R., y García-Juesas, J. A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24(2), 271–276. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/4010.pdf>
- Fischer, R., y Boer, D. (2011). What is more important for national well-being: Money or autonomy? A meta-analysis of well-being, burnout, and anxiety across 63 societies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(1), 164–184. <https://doi.org/10.1037/a0023663>
- Friedberg, M. W., Chen, P. G., Van Busum, K. R., Aunon, F., Pham, C., Caloyeras, J., ... Tutty, M. (2013). *Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy*. <https://doi.org/10.1214/07-EJS057>
- Galletta, M., Portoghese, I., Ciuffi, M., Sancassiani, F., Aloja, E. D', y Campagna, M. (2016). Working and Environmental Factors on Job Burnout: A Cross-sectional Study Among Nurses. *Clinical Practice y Epidemiology in Mental Health*, 12(1), 132–141. <https://doi.org/10.2174/1745017901612010132>
- Gálvez Herrer, M. M. (2007). *El desgaste profesional médico: Evaluación específica, la personalidad positiva como recurso y propuestas de prevención*. Universidad Autónoma de Madrid. Retrieved from <https://repositorio.uam.es/handle/10486/8931>
- Gálvez Herrer, M., Moreno Jiménez, B., y Mingote Adán, J. C. (2010). *El desgaste profesional del médico: revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de Ícaro*. Ediciones Díaz de Santos.
- Gan, T., y Gan, Y. (2014). Sequential Development among Dimensions of Job Burnout and Engagement among IT Employees. *Stress and Health*, 30(2), 122–133. <https://doi.org/10.1002/smi.2502>
- García, M. A., Seco, G. V., y Ato Lozano, E. (2014). Classical and causal inference approaches to statistical mediation analysis. *Psicothema*, 26 (2), 26(2), 252–259. Retrieved from <http://dspace.sheol.uniovi.es/dspace/handle/10651/26069>

- Geurts, S. A. E., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Dikkers, J. S. E., Van Hooff, M. L. M., y Kinnunen, U. M. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work y Stress*, 19(4), 319–339. <https://doi.org/10.1080/02678370500410208>
- Geurts, S., y Sonnentag, S. (2006). Recovery as an explanatory mechanism in the relation between acute stress reactions and chronic health impairment. *Scandinavian Journal of Work, Environment y*, 482–492. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/40967600>
- Geurts, S. A., Toon, T. W., Kompier, M. A., Van Hooff, M. L., & Kinnunen, U. M. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work & Stress*, 19, 319-339.
- Ghorpade, J., Lackritz, J., y Singh, G. (2011). Personality as a Moderator of the Relationship Between Role Conflict, Role Ambiguity, and Burnout. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(6), 1275–1298. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2011.00763.x>
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAção*, 1, 19–33. Retrieved from http://bvspers.paho.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/artigo3.pdf
- Gil-Monte, P. R. (2008). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Informació Psicológica*, (91–92), 4–11. Retrieved from <http://revistas.um.es/analesps/article/view/27001>
- Gil-monte, P. R., y Peiró, M. J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261–268.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F., y Stevenson, J. G. (1986). *Stress and organizations: Toward a phase model of burnout*.
- Grau, A., Flichtentrei, D., y Suñer, R. (2007). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Información Psicológica*, (91–92), 64–79.

- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Espanola de Salud Publica*, 83(2), 215–230. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272009000200006>
- Greenhaus, J., y Beutell, N. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10(1), 76–88. Retrieved from <http://amr.aom.org/content/10/1/76.short>
- Hatinen, M., Makikangas, A., Kinnunen, U., y Pekkonen, M. (2013). Recovery from burnout during a one-year rehabilitation intervention with six-month follow-up: Associations with coping strategies. *International Journal of Stress Management*, 20(4), 364–390. <https://doi.org/10.1037/a0034286>
- Halbesleben, J. R. B., y B., J. R. (2006). Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*, 91(5), 1134–1145. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.5.1134>
- Halbesleben, J. R. B., y Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes. *Health Care Management Review*, 33(1), 29–39. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000304493.87898.72>
- Hall, C. B., Brazil, K., Wakefield, D., Lerer, T., y Tennen, H. (2010). Organizational Culture, Job Satisfaction, and Clinician Turnover in Primary Care. *Journal of Primary Care y Community Health*, 1(1), 29–36. <https://doi.org/10.1177/2150131909360990>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., O'Connor, D. B., y Maxime, V. (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 11(7), e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Hall, W., Violato, C., Lewkonja, R., Lockyer, J., Fidle, H., Toews, J., . . . Moores, D. (1999). Assessment of physician performance in Alberta: the Physician Achievement Review. *JAMC*, 161(1), 52-57.
- Harris, L. (1997). *National Patient Safety Foundation at the AMA Public Opinion of Patient Safety Issues. National Patient Safety Foundation at the AMA.*
- Hayes, A. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.

- Henderson, P. (2010). Reflections on... supporting doctors in their work *Healthcare Counselling y Psychotherapy Journal*, 10(4), 30–32.
- Heponiemi, T., Kouvonen, A., Vänskä, J., Halila, H., Sinervo, T., Kivimäki, M., y Elovainio, M. (2009). The association of distress and sleeping problems with physicians' intentions to change profession: The moderating effect of job control. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(4), 365–373. <https://doi.org/10.1037/a0015853>
- Heponiemi, T., Pesseau, J., y Elovainio, M. (2016). On-call work and physicians' turnover intention: the moderating effect of job strain. *Psychology, Health y Medicine*, 21(1), 74–80. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1051061>
- Herzberg, F. (1959). *The motivation to work* (2nd ed.). New York [etc.]: Wiley. Retrieved from <http://www.worldcat.org/title/motivation-to-work/oclc/803681223>
- Juárez-García, A., Idrovo, Á. J., Camacho-Ávila, anabel, y Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37(2), 159–176.
- Judge, T. A., Ilies, R., y Scott, B. A. (2006). Work-Family Conflict and emotions: Effects at work and home. *Personnel Psychology*, 59(4), 779–814. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2006.00054.x>
- Jöreskog, K. G. (22 de June de 1999). *How large can a standardized coefficient be?* Obtenido de ssicentral: <http://www.ssicentral.com/lisrel/techdocs/HowLargeCanaStandardizedCoefficientbe.pdf>
- Kealy, D., Halli, P., Ogrodniczuk, J. S., y Hadjipavlou, G. (2016). Burnout among Canadian Psychiatry Residents: A National Survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(11), 732–736. <https://doi.org/10.1177/0706743716645286>
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., y Riess, H. (2014). The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE*, 9(4), e94207. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>

- Klein, J., Grosse Frie, K., Blum, K., y von dem Knesebeck, O. (2010). Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), 525–530. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq056>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., y Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Ed.). National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/9728>
- Kulakowa, O. (2016). *Nos sentimos mal, pero estamos bien: medición vs vivencia del desgaste profesional (burnout) desde el modelo cultural nicaragüense*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Kusurkar, R. A., Ten Cate, T. J., van Asperen, M., y Croiset, G. (2011). Motivation as an independent and a dependent variable in medical education: A review of the literature. *Medical Teacher*, 33(5), e242–e262. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.558539>
- Lee, R. T., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, B. L., y Schwartzmann, L. (2013). Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Human Resources for Health*, 11(1), 48. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-48>
- Leiter, M. P., y Durup, M. J. (1996). Work, Home, and In-Between: A Longitudinal Study of Spillover. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 32(1), 29–47. <https://doi.org/10.1177/0021886396321002>
- Leiter, M. P., y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297–308. <https://doi.org/10.1002/job.4030090402>
- Leiter, M. P., y Maslach, C. (2003). Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout. *Research in Occupational Stress and Well Being*. [https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(03\)03003-8](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(03)03003-8)
- Leiter, M. P., y Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89–100. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
- Lewis, J. M., Barnhart, F. D., Nace, E. P., Carson, D. I., y Howard, B. L. (1993). Marital satisfaction in the lives of physicians. *Bulletin Of The Menninger Clinic*, 57(4), 458–465.

- Lin, Y.-W. (2012). The causes, consequences, and mediating effects of job burnout among hospital employees in Taiwan. *Journal of Hospital Administration*, 2(1), 15. <https://doi.org/10.5430/jha.v2n1p15>
- Linzer, M., M. L., Williams, E. S., Bobula, J. A., Brown, R. L., Varkey, A. B., ... Schwartz, M. D. (2009). Working Conditions in Primary Care: Physician Reactions and Care Quality. *Annals of Internal Medicine*, 151(1), 28. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-1-200907070-00006>
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(4), 309–336. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90013-0](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90013-0)
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *anales de psicología*, 30(3), 1151-1169.
- Lu, Y., Hu, X.-M., Huang, X.-L., Zhuang, X.-D., Guo, P., Feng, L.-F., ... Hao, Y.-T. (2017). The relationship between job satisfaction, work stress, work–family conflict, and turnover intention among physicians in Guangdong, China: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(5). Retrieved from <http://bmjopen.bmj.com/content/7/5/e014894.abstract>
- Mäkikangas, A., y Kinnunen, U. (2016). The person-oriented approach to burnout: A systematic review. *Burnout Research*, 3(1), 11–23. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.12.002>
- Mansilla Izquierdo, F. (2011). Consecuencias del estrés de rol. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 57(225), 361–370. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000400010>
- Maricutoiu, L. P., Sava, F. A., y Butta, O. (2016). The effectiveness of controlled interventions on employees burnout: A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89(1), 1–27. <https://doi.org/10.1111/joop.12099>
- Maricutoiu, L. P., Sulea, C., y Iancu, A. (2017). Work engagement or burnout: Which comes first? A meta-analysis of longitudinal evidence. *Burnout Research*, In Press. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.05.001>
- Martín Alfonso, L., y Grau Abalo, J. A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología Y Salud*, 14(1), 89–99. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). JOB BURNOUT. *Annu. Rev. Psychol*, 52, 397–422. Retrieved from <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Matthews, R. A., Del Priore, R. E., Acitelli, L. K., y Barnes-Farrell, J. L. (2006). Work-to-relationship conflict: Crossover effects in dual-earner couples. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(3), 228–240. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.11.3.228>
- Meier, D. E., Back, A. L., y Morrison, R. S. (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 286(23), 3007–3014. <https://doi.org/10.1001/jama.286.23.3007>
- Meuwly, N., y Schoebi, D. (2017). Social psychological and related theories on long-term committed romantic relationships. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 11(2), 106–120. <https://doi.org/10.1037/ebs0000088>
- Michel, J. S., Kotrba, L. M., Mitchelson, J. K., Clark, M. A., y Baltes, B. B. (2011). Antecedents of work–family conflict: A meta-analytic review. *Source: Journal of Organizational Behavior*, 32(5), 689–725. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/pdf/41415695.pdf>
- Misra-Hebert, A. D., Kay, R., y Stoller, J. K. (2004). A Review of Physician Turnover: Rates, Causes, and Consequences. *American Journal of Medical Quality*, 19(2), 56–66. <https://doi.org/10.1177/106286060401900203>
- Mo, X., Xu, L., y Luo, H. (2015). Medical professional perceived doctor-patient relationship, job satisfaction and turnover intention. *Chin J Clin Psychol*, 23, 141–146. Retrieved from <https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=medical+professional+perceived+doctor-patient&btnG=ylr=>
- Moreno-Jiménez, B., Barbaranelli, C., Herrero, M. G., y Hernández, E. G. (2012). The physician burnout questionnaire: A new definition and measure. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 19(4), 325–344. <https://doi.org/10.4473/TPM19.4.6>

- Moreno-Jiménez, B., Gálvez-Herrer, M., Rodríguez-Carvajal, R., y Sanz Vergel, A. I. (2012). A study of physicians' intention to quit: the role of burnout, commitment and difficult doctor-patient interactions. *Psicothema*, 24(2), 263–70. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22420355>
- Moreno-Jiménez, B., Meda-Lara, R. M., Rodríguez-Muñoz, A., Palomera-Chavez, A., y Morales, M. M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología Y Salud*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vfmb>
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., Garrosa-Hernández, E., y Benadero, M. E. M. (2008). Terminal versus non-terminal care in physician burnout: The role of decision-making processes and attitudes to death. *Salud Mental*, 31(2), 93–101.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., y Redonda, E. E. (2001). La evaluación del burnout profesional factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar, 7(1), 69–78.
- Moreno Jiménez, B., Gálvez Herrer, M., Garrosa Hernández, E., y Mingote Adán, J. C. (2006a). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención Primaria*, 38(10), 544–549. <https://doi.org/10.1157/13095925>
- Moreno Jiménez, B., Gálvez Herrer, M., Garrosa Hernández, E., y Mingote Adán, J. C. (2006b). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención Primaria*, 38(10), 544–549. <https://doi.org/10.1157/13095925>
- Morgans, A. K., y Schapira, L. (2015). Confronting Therapeutic Failure: A Conversation Guide. *The Oncologist*, 20(8), 946–51. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0050>
- Myhren, H., Ekeberg, Ø., y Stokland, O. (2013). Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *Critical Care Research and Practice*, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2013/786176>
- Ninín, L. (2008). Asociación entre la percepción de errores médicos, disminución de la calidad de vida y síntomas de depresión y desgaste profesional. *Actualización En La Práctica Ambulatoria*, 11(4), 112.

- Nitzsche, A., Neumann, M., Groß, S. E., Ansmann, L., Pfaff, H., Baumann, W., ... Ernstmann, N. (2017). Recovery opportunities, work-home conflict, and emotional exhaustion among hematologists and oncologists in private practice. *Psychology, Health y Medicine*, 22(4), 462–473. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1237666>
- Oerlemans, W. G. M., y Bakker, A. B. (2014). Burnout and daily recovery: A day reconstruction study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(3), 303–314. <https://doi.org/10.1037/a0036904>
- Ogundipe, O. A., Olagunju, A. T., Lasebikan, V. O., y Coker, A. O. (2014a). Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.02.010>
- Ogundipe, O. A., Olagunju, A. T., Lasebikan, V. O., y Coker, A. O. (2014b). Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.02.010>
- Olvera-Islas, R., Téllez-Villagra, C., y Avilés, A. G.-P. (2015). Prevalencia de Burnout en trabajadores de un centro de salud. *Atención Familiar*, 22(2), 46–49. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30047-5](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30047-5)
- OMS. (2008). Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. Retrieved June 2, 2017, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541_eng.pdf
- Oosterholt, B. G., Maes, J. H. R., Van der Linden, D., Verbraak, M. J. P. M., y Kompier, M. A. J. (2014). Cognitive performance in both clinical and non-clinical burnout. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 17(5), 400–9. <https://doi.org/10.3109/10253890.2014.949668>
- Palacios-Nava, M. E., y Paz-Román, M. del P. (2014). Condiciones de trabajo, estrés y manifestaciones psicosomáticas en médicos de hospitales de la ciudad de México. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 60(235), 322–334. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2014000200005>
- Palmer-Morales, Y., Prince-Vélez, R., y Searcy-Bernal, R. (2007). Factores relacionados con el síndrome de burnout en ginecólogos Artículo original, 75. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom077c.pdf>

- Pantenburg, B., Luppá, M., König, H.-H., y Riedel-Heller, S. G. (2016). Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: results of a survey in Saxony, Germany. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 11(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12995-016-0091-z>
- Peiró, J. M. ., y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles Del Psicólogo*, 29(1), 68–82. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/778/77829109.pdf>
- Perlman, R. L., Ross, P. T., y Lypson, M. L. (2015). Understanding the Medical Marriage. *Academic Medicine*, 90(1), 63–68. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000449>
- Pérez, E., & Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58-66 .
- Pines, A. M., y Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 625–635. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.009>
- Pomaki, G., Supeli, A., y Verhoeven, C. (2007). Role conflict and health behaviors: Moderating effects on psychological distress and somatic complaints. *Psychology y Health*, 22(3), 317–335. <https://doi.org/10.1080/14768320600774561>
- Poulsen, M. G., Poulsen, A. A., Khan, A., Poulsen, E. E., y Khan, S. R. (2015). Recovery experience and burnout in cancer workers in Queensland. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 19(1), 23–8. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.08.003>
- Prentice, C., Chen, P.-J., y King, B. (2013). Employee performance outcomes and burnout following the presentation-of-self in customer-service contexts. *International Journal of Hospitality Management*, 35, 225–236. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2013.06.007>
- Ratanawongsa, N., Wright, S. M., y Carrese, J. A. (2008). Well-being in residency: Effects on relationships with patients, interactions with colleagues, performance, and motivation. *Patient Education and Counseling*, 72(2), 194–200. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.04.010>

- Rath, K. S., Huffman, L. B., Phillips, G. S., Carpenter, K. M., y Fowler, J. M. (2015). Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(6), 824.e1-824.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.07.036>
- Rizzo, J., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (Junio de 1970). Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15(12), 150-163.
- Robiner, W. N., y Petrik, M. L. (2017). Managing Difficult Patients: Roles of Psychologists in the Age of Interdisciplinary Care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(1), 27–36. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9490-2>
- Rod, M., y Ashill, N. J. (2013). The impact of call centre stressors on inbound and outbound call-centre agent burnout. *Managing Service Quality: An International Journal*, 23(3), 245–264. <https://doi.org/10.1108/09604521311312255>
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rosta, J., y Nylenna, M. (2009). Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *Scandinavian Journal of*, 37(5), 503–508.
- Schaubroeck, j., Cotton, J. L., & Jennings, K. R. (1989). Antecedents and consequences of role: a covariance structure analysis. *Journaol of Organizational Behavior*, 10, 35–38.
- Salazar, A. (2015). Psicología y salud. *Psicología Y Salud*, 25(2), 147–155. Retrieved from <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1815/3297>
- Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L., y Rollins, A. L. (2017). The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 32(4), 475–482. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9>
- Schmitt, T. A., & Sass, D. A. (Febrero de 2010). A Comparative Investigation of Rotation Criteria Within Exploratory Factor Analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 45(1), 73-103.
- Sansone, R. A. (2012). Physician grief with patient death. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(4), 22–25.

- Sanz-Vergel, A. I., Rodríguez-Muñoz, A., Bakker, A. B., y Demerouti, E. (2012). The daily spillover and crossover of emotional labor: Faking emotions at work and at home. *Journal of Vocational Behavior*, 81(2), 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2012.07.003>
- Schaufeli, W. B., y Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., van der Heijden, F. M. M. A., y Prins, J. T. (2009). Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict. *Work y Stress*, 23(2), 155–172. <https://doi.org/10.1080/02678370902834021>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., y Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V. A., y Bakker, A. B. (2002). the Measurement of Engagement and Burnout: a Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>
- Scott, I. A., Phelps, G., y Brand, C. (2011). Assessing individual clinical performance: a primer for physicians. *Internal Medicine Journal*, 41(2), 144–155. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2010.02225.x>
- Shanafelt, T., Balch, C., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., y Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995–1000.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>

- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., Back, A. L., y Schwartzmann, L. (2002). Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
- Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., ... Swensen, S. J. (2015). Impact of Organizational Leadership on Physician Burnout and Satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90, 432–440. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.012>
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., y West, C. P. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Foundation for Medical Education and Research N Mayo Clin Proc*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
- Shih, S.-P., Jiang, J. J., Klein, G., y Wang, E. (2013). Job burnout of the information technology worker: Work exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment. *Information y Management*, 50(7), 582–589. <https://doi.org/10.1016/j.im.2013.08.003>
- Shirom, A., Nirel, N., y Vinokur, A. D. (2006). Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(4), 328–342. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.11.4.328>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Siu, O. L., Cooper, C. L., y Phillips, D. R. (2014). Intervention studies on enhancing work well-being, reducing burnout, and improving recovery experiences among Hong Kong health care workers and teachers. *International Journal of Stress Management*, 21(1), 69–84. <https://doi.org/10.1037/a0033291>
- Smeds, M. R., Thrush, C. R., McDaniel, F. K., Gill, R., Kimbrough, M. K., Shames, B. D., ... Bentley, F. R. (2017). Relationships between study habits, burnout and general surgery resident performance on the ABSITE. *Journal of Surgical Research*, In press. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2017.05.034>

- Smoktunowicz, E., Baka, L., Cieslak, R., Nichols, C. F., Benight, C. C., y Luszczynska, A. (2015). Explaining Counterproductive Work Behaviors Among Police Officers: The Indirect Effects of Job Demands Are Mediated by Job Burnout and Moderated by Job Control and Social Support. *Human Performance*, 28(4), 332–350. <https://doi.org/10.1080/08959285.2015.1021045>
- Sonnentag, S., y Bayer, U. (2005). Switching off mentally: predictors and consequences of psychological detachment from work during off-job time. *Journal of Occupational Health*, 10(4), 393. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/ocp/10/4/393/>
- Sonnentag, S., y Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 204–221. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.204>
- Sonnentag, S., y Fritz, C. (2015). Recovery from job stress: The stressor-detachment model as an integrative framework. *Journal of Organizational Behavior*, 36(S1), S72–S103. <https://doi.org/10.1002/job.1924>
- Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., y Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*, 1(2), 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.07.004>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Swanson, V., y Power, K. G. (1999). Stress, satisfaction and role conflict in dual-doctor partnerships. *Community, Work y Family*, 2(1), 67–88. <https://doi.org/10.1080/13668809908414250>
- Taris, T. W., Ybema, J. F., y Beek, I. van. (2017). Burnout and engagement: Identical twins or just close relatives? *Burnout Research*. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.05.002>
- Tawfik, D., Phibbs, C., Sexton, J., Kan, P., y Sharek, P. (2017). Factors Associated With Provider Burnout in the NICU. *Pediatrics*, 139(5). Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/139/5/e20164134.abstract>

- Tayfur, O., Bayhan Karapinar, P., y Metin Camgoz, S. (2013). The mediating effects of emotional exhaustion cynicism and learned helplessness on organizational justice-turnover intentions linkage. *International Journal of Stress Management*, 20(3), 193–221. <https://doi.org/10.1037/a0033938>
- Terrones-Rodríguez, J., y Cisneros-Pérez, V. (2016). Burnout syndrome in medical residents at the General Hospital of Durango, México. *Revista Médica Del*, 54(2), 242–8. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26960053>
- Tsiga, E., Panagopoulou, E., y Montgomery, A. (2017). Examining the link between burnout and medical error: A checklist approach. *Burnout Research*, 6, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.002>
- Tuffrey-Wijne, I., y Rose, T. (2017). Investigating the factors that affect the communication of death-related bad news to people with intellectual disabilities by staff in residential and supported living services: An interview study. *Journal of Intellectual Disability Research*. <https://doi.org/10.1111/jir.12375>
- Tunc, T., y Kutanis, R. O. (2009). Role conflict, role ambiguity, and burnout in nurses and physicians at a university hospital in Turkey. *Nursing y Health Sciences*, 11(4), 410–6. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00475.x>
- Tziner, A., Rabenu, E., Radomski, R., y Belkin, A. (2015). Work stress and turnover intentions among hospital physicians: The mediating role of burnout and work satisfaction. *Revista de Psicología Del Trabajo Y de Las Organizaciones*, 31(3), 207–213. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2015.05.001>
- Van Dam, A., Keijsers, G. P. J., Eling, P. A. T. M., y Becker, E. S. (2012). Impaired cognitive performance and responsiveness to reward in burnout patients: Two years later. *Work y Stress*, 26(4), 333–346. <https://doi.org/10.1080/02678373.2012.737550>
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., y Vanroelen, C. (2014). Burnout among senior teachers: Investigating the role of workload and interpersonal relationships at work. *Teaching and Teacher Education*, 43, 99–109. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2014.07.005>

- Vandevala, T., Pavey, L., Chelidoni, O., Chang, N.-F., Creagh-Brown, B., y Cox, A. (2017). Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression and health. *Journal of Intensive Care*, 5(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40560-017-0209-0>
- Veloutsou, C. A., y Panigyrakis, G. G. (2004). Consumer Brand Managers' Job Stress, Job Satisfaction, Perceived Performance and Intention to Leave. *Journal of Marketing Management*, 20(1–2), 105–131. <https://doi.org/10.1362/026725704773041140>
- Visser, M., Smets, E., y Oort, F. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ*, 68(3). Retrieved from <http://www.cmaj.ca/content/168/3/271.short>
- Wang, J., y Wang, X. (2012). *Structural equation modeling: applications using Mplus*. John Wiley y Sons.
- Warr, P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *The British Psychological Society*, 52, 129-148.
- Welp, A., Meier, L. L., y Manser, T. (2014). Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. *Frontiers in Psychology*, 5, 1573. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01573>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., Call, T. G., Davidson, J. H., Multari, A., ... Shanafelt, T. D. (2014). Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism. *JAMA Internal Medicine*, 174(4), 527. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.14387>
- West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., y Shanafelt, T. D. (2006). Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy. *JAMA*, 296(9), 1071. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071>
- Weston , R., & Gore, P. A. (2006). A Brief Guide to Structural Equation Modeling. *The Counseling Psychologist*, 34(5), 719-751. doi:10.1177/0011000006286345
- Whitehead, P. R. (2014). The lived experience of physicians dealing with patient death. *BMJ Supportive y Palliative Care*, 4(3), 271–6. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000326>

- Wolf, E. J., Harrington, K. M., Clark, S. L., y Miller, M. W. (2013). Sample Size Requirements for Structural Equation Models. *Educational and Psychological Measurement*, 73(6), 913–934. <https://doi.org/10.1177/0013164413495237>
- Wright, T. A., y Hobfoll, S. E. (2004). Commitment, Psychological Well-Being and Job Performance: An. *Journal of Business and Management Winter*, 9(4). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/211515855/fulltextPDF/70E5908996724229PQ/1?accountid=14478>
- Zhang, Y., Feng, X., Virtanen, M., Vänskä, J., Elovainio, M., Kivimäki, M., ... Töyry, S. (2011). The relationship between job satisfaction, burnout, and turnover intention among physicians from urban state-owned medical institutions in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 11(1), 235. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-235>
- Zubiri Sáenz, F. (2013). Satisfacción y motivación profesional. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(2), 193–196. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272013000200002>

Anexos

HOJA DE DATOS PERSONALES

MÉDICOS ADSCRITOS

Fecha de Aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Sexo: Mujer _____ Hombre _____

Edad: _____ años

Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____

Relaciones personales: Con pareja _____ Sin pareja _____

Número de hijos: _____

Especialidad: _____

Sistema de Guardias _____AB _____ABC _____ABCD _____Sin guardias

Si usted considera su actividad como médico residente durante todo un día...

En promedio ¿Cuántas horas trabaja al día?

0-8 _____ 9-12 _____ 13-16 _____ 17-20 _____ 21-24 _____

¿Cuál es el número aproximado de pacientes que atiende diariamente?

Ninguno _____ 0-10 _____ 11-20 _____ 21-30 _____ 31-40 _____ 41-50 _____ Más de 50 _____

¿Qué porcentaje de su tiempo aproximadamente pasa en interacción con pacientes:

Menos del 20% _____ Entre 20% y 40% _____ Entre 41% y 60% _____ Más del 80% _____

Durante los últimos seis meses, ¿Aproximadamente, cuántos días ha faltado al trabajo? _____

HOJA DE DATOS PERSONALES

MÉDICOS RESIDENTES

Fecha de Aplicación: Día _____ Mes _____ Año _____

Sexo: Mujer _____ Hombre _____

Edad: _____ años

Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____

Relaciones personales: Con pareja _____ Sin pareja _____

Número de hijos: _____

Especialidad: _____

Años de experiencia en la profesión: _____ años

Si usted considera su actividad como médico residente durante todo un día...

En promedio ¿Cuántas horas trabaja al día?

0-8 _____ 9-12 _____ 13-16 _____ 17-20 _____ 21-24 _____

¿Cuál es el número aproximado de pacientes que atiende diariamente?

Ninguno _____ 0-10 _____ 11-20 _____ 21-30 _____ 31-40 _____ 41-50 _____ Más de 50 _____

¿Qué porcentaje de su tiempo aproximadamente pasa en interacción con pacientes:

Menos del 20% _____ Entre 20% y 40% _____ Entre 41% y 60% _____ Más del 80% _____

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de frases relacionadas con su trabajo, con las cuales podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación a cada una de ellas marcando con una cruz (X) la casilla que mejor describa su opinión según la escala de respuesta que se presente.

• ¿Qué tan satisfecho se sientes con los siguientes aspectos de su trabajo?	Muy Insatisfecho				Muy Satisfecho			
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Libertad para elegir tu propio método de trabajo								
2. Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho								
3. Responsabilidad que se te ha asignado								
4. La posibilidad de utilizar tus capacidades								
5. La variedad de tareas que realizas en tu trabajo								

	Totalmente en desacuerdo		Totalmente acuerdo	
	1	2	3	4
1. La falta de tiempo me obliga a veces a tener que tomar decisiones sin que existan criterios de actuación claros.				
2. Mis superiores en ocasiones me piden hacer tareas contradictorias.				
3. La falta de tiempo hace que no me dedique a cada paciente el tiempo que desearía.				
4. No se tiene en cuenta mi opinión para la toma de decisiones sobre la organización del trabajo.				
5. Con idénticos medios tengo que atender cada vez a más población.				
6. A los jefes no les interesa la calidad del trabajo, los criterios son sólo cuantitativos y económicos.				
7. Diariamente tengo que cumplir objetivos asistenciales con presión temporal.				
8. Existe falta de apoyo y respuesta de la dirección ante mis peticiones.				
9. No me importa lo que mis pacientes piensen de mí no tengo obligación de ser siempre simpático.				
10. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.				
11. Mi poder adquisitivo no ha ido acorde al incremento de mis responsabilidades.				
12. Cada vez me implico menos con los pacientes, las tareas y la profesión en general.				
13. Me siento débil y físicamente agotado.				
14. Esperaba una actitud de agradecimiento por mi trabajo médico en los pacientes pero se da todo lo contrario.				
15. En esta profesión es mejor no implicarse demasiado con nada ni nadie.				
16. Estoy emocionalmente agotado.				
17. Esperaba recibir un rápido reconocimiento profesional y social por la labor desempeñada pero no ha sido así.				
18. Creo que cada vez soy más frío en mi profesión.				
19. Me siento acabado cuando llego a casa al final de la jornada laboral.				
20. Deseaba un mayor impacto de mi trabajo como médico en la sociedad y no ha sido así.				

	Totalmente en de desacuerdo			Totalmente acuerdo			
	1	2	3	4	5		
21. La cantidad de trabajo que se espera que haga es demasiado.							
22. Creo que no dispongo del tiempo suficiente para terminar mi trabajo.							
23. A menudo siento que el trabajo que hago es demasiado para una sola persona							
24. Tengo demasiado trabajo como para realizarlo todo correctamente.							
	Totalmente en falso				Totalmente Verdadero		
	1	2	3	4	5	6	7
25. Tengo que hacer cosas que deberían hacerse en forma distinta.							
26. Se me asignan tareas pero no recibo el material necesario para completarlas.							
27. Trato con dos o más grupos de personas que funcionan de manera diferente.							
28. Trabajo en cosas innecesarias.							

	Totalmente en de desacuerdo			Totalmente acuerdo	
	0	1	2	3	4
29. Si tuviera seguridad laboral y económica, cambiaría de profesión.					
30. He tenido deseos de abandonar la profesión.					
31. Me gustaría dejar la profesión por un tiempo y cambiar a otra actividad.					
32. Algunas veces tengo ganas de abandonar la profesión.					
	Nunca		Siempre		
	0	1	2	3	
33. Cuando los signos y síntomas del paciente no me permiten establecer un diagnóstico claro me siento desorientado.					
34. Cuando los medicamentos que se administran al paciente no dan los resultados esperados, me agobio.					
35. Que el paciente no responda al tratamiento médico me produce frustración.					
36. Cuando una intervención médica no produce los efectos esperados me siento indefenso.					
37. Cuando busco repetidamente y no encuentro información médica que mejore de verdad al paciente me siento impotente.					
	Nunca		Siempre		
	0	1	2	3	
38. Mis obligaciones laborales hacen que le resulte complicado relajarme en casa.					
39. Mi trabajo me quita tiempo que me hubiera gustado pasar con mi pareja/familia/amigos.					
40. Me resulta complicado atender obligaciones de la casa porque estoy constantemente pensando en mi trabajo.					
41. No tengo energía suficiente para realizar actividades de ocio con mi pareja/familia/amigos.					

La siguiente lista corresponde a algunas situaciones médicas que pueden afectar la seguridad del paciente, señale con qué frecuencia, en los últimos 6 meses, se ha visto involucrado en alguna de ellas.

	Número de veces					
	0	1	2	3	4	5 o más
1. Error de diagnóstico						
2. Error de medicación						
3. Error durante algún procedimiento médico (ej. proceso quirúrgico, colocación de catéter, intubación, etc.)						
4. Error administrativo (ej. mezclar expedientes, completar órdenes para estudios incorrectamente)						
5. Error de comunicación (ej. información inadecuada o incompleta al paciente)						
6. Error con pruebas médicas (ej. inadecuada interpretación y/o solicitud de prueba)						
7. Mal uso del equipo						
8. Otro ¿Cuál? _____						

- En los últimos seis meses de ejercicio profesional con qué frecuencia ha tenido los siguientes resultados

	Nunca				Siempre			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. He elegido adecuadamente las pruebas de diagnóstico médico.								
2. Los tratamientos que he elegido para la mayoría de los pacientes han sido efectivos.								
3. Los procedimientos por los que he optado para intervenir en la salud han dado resultado.								
4. He acertado cuando he propuesto una intervención quirúrgica.								
5. La interpretación de las pruebas y análisis clínicos han sido correctas.								
6. Mi nivel de comunicación con los pacientes ha sido efectivo.								
7. El manejo de los problemas psicosociales de los pacientes ha sido acertado.								
8. El control y manejo de mis relaciones con los pacientes ha sido eficaz.								

- ¿Con qué frecuencia ha experimentado cada una de las siguientes situaciones durante los últimos 6 meses?

	Nunca					Siempre				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Después del trabajo, soy capaz de “desconectar”.										
2. Cuando salgo de trabajar, me olvido completamente del trabajo.										
3. Soy capaz de distanciarme de mi trabajo.										
4. A veces me tomo un respiro de las demandas de mi trabajo.										

SI TIENE PAREJA ESTABLE CONTINÚE CONTESTANDO. DE LO CONTRARIO AQUÍ CONCLUYE SU PARTICIPACIÓN. AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN.

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su pareja?

	Nunca			Todo el tiempo		
	1	2	3	4	5	6
1. En términos generales, ¿Qué tan a menudo piensas que las cosas entre tú y tu pareja andan bien?						
2. ¿Confías en su pareja?						
3. ¿Qué tan frecuentemente peleas con tu pareja?						
4. ¿Con que frecuencia tú y tu pareja se colman la paciencia?						

¿Qué tan a menudo diría que ocurren los siguientes eventos con su pareja?

	Muy a menudo			Nunca	
	1	2	3	4	5
1. Tener un intercambio estimulante de ideas					
2. Reírse juntos					
3. Discutir claramente un asunto					
4. Trabajar juntos en una actividad					